POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Władysław FUCHS. Chełm.

Gorączka wołyńska*).

Z Wojskowego Szpitala Inwalidzkiego Nr. 2. w Łucku.
Dowódca: Dr. Władysław Fuchs.

Wśród licznych chorych zakaźnych, leczonych w szpitalu wojskowym w Łucku, znalazł się też szereg przypadków gorączki wołyńskiej, bądź to w połączeniu z innemi chorobami, bądź też jako jedyna choroba danego osobnika. Ponieważ skutkiem nieznajomości zarazka gorączki wołyńskiej i trudności rozpoznawczych pewność rozpoznania nie jest zbyt wielka, przeto za podstawę przedstawionego zestawienia przyjmuję jedynie 44 przypadków bardziej typowych i wskutek tego niewątpliwych.

Obraz kliniczny przedstawia się następująco: choroba rozpoczyna się nagle podwyżką ciepłoty (38·5—39·5 najczęściej), poprzedzoną zwykle na kilka godzin przedtem bólem głowy dość znacznego stopnia i ogólnemi bólami, określanemi zwykle jako łamanie w kościach, ból w łydkach, czasem w krzyżach. Dość często towarzyszy podwyżce ciepłoty krótkotrwały dreszcz. Nie należy jednak uważać objawów tych za pewne i w braku ich wykluczać możność gorączki wołyńskiej. Najstalszym po podwyżce ciepłoty objawem jest ból głowy, zdarzający się w 64% przypadków. Podkreślić jednak muszę, że wszelkie liczby i procenty, które podaję, odnoszą się do owych 44 niewątpliwych a dość typowych przypadków; gdybym zaś uwzględniał pozostałe przypadki mniej typowe lub gorzej obserwowane, a było ich przeszło 30, to stałość objawów byłaby jeszcze mniejsza, a procenty jeszcze niższe. Bóle nóg — głównie łydek i okolicy kości goleniowej — podawane prawie przez wszystkich autorów jako najstalsze, występowały tylko w 50% przypadków, mimo, że lekarze, a nawet pielęgniarki znali już ten objaw z praktyki roku 1920 i chorych zawsze oń pytano. Dodać tu chcę, że podany przez autora niemieckiego — nazwiska nie pamiętam — objaw bólu przy ujęciu mięśni łydki w palce i odciąganiu ich od kości goleniowej, by je następnie szybkiem otwarciem palców puścić w kierunku kości goleniowej, skonstatowałem raz jedyny, mimo badania ponad 20 chorych kilkakrotnie i w rozmaitych dniach choroby.

Z innych objawów rzadkie były bóle w krzyżach (30%), bóle rąk (11%).

Sięgnąwszy do opisów gorączki wołyńskiej, znajdujemy różnorodność ogromną; z niespostrzeganych przezemnie podaje M o s l e r bolesność ucisku na gałki oczne, S t r o n g podnosi to samo wraz z oczopląsem i zaczerwienieniem spojówek w 95%. Ból goleni i łydek był przedmiotem licznych bardzo dociekań, częstość jego waha się u autorów od 60 do 100%. Opierając się na doświadczeniu S t r o n g a i własnem, uważam objaw ten za zależny od warunków, w jakich chory przebywał; najczęściej objaw ten pojawia się na 2-gi — 3-ci dzień choroby lub też w drugim ataku dopiero; późne oddanie do szpitala, chodzenie w początku choroby, przemoknięcie i przemarznięcie nóg usposabiają w znacznym stopniu.

Wygląd chorych przy zaczerwienieniu twarzy podczas pierwszego ataku dobry, na skórze ani na błonach śluzowych zmian żadnych nie zauważono, jedynie u 2 chorych (4·5%) wystąpiła lekka opryszczka wargowa. W płucach nie stwierdzono zmian żadnych; mimo silnego wśród chorych procentu cierpiących na lekkie zapalenie oskrzeli (29.5), nie stawiam tego zupełnie na karb gorączki wołyńskiej, jedynie na bardzo niedostateczne w Łucku i okolicy pomieszczenie i umundurowanie żołnierzy, tembardziej, że i przebieg tych spraw z ich szybkiem polepszaniem się w szpitalu żadnego związku z atakami gorączki wołyńskiej nie wykazywał. Jeszcze bardziej przemawia za wyłączeniem z obrazu klinicznego gorączki wołyńskiej zaatakowania narządu oddechowego to, że na 8 przypadków, zaszłych w szpitalu samym, czy to u chorych czy personalu, a obserwowanych od początku choroby, nie było ani jednego przypadku komplikacji ze strony narządu oddechowego.

Serce w granicach normalnych, tony czyste, tętno na ogół przyśpieszone stosownie do ciepłoty, raz jeden tylko zauważono dość wybitne przyśpieszenie tętna; niestety muszę przyznać, że z powodu trudności w otrzymywaniu piśmiennictwa nie była nam jeszcze znana obserwacja S t ü h m e r a o przyśpieszeniu tętna i zastępczych jej atakach za ataki gorączki, zwłaszcza w 5-tym i 6-tym tygodniu choroby, skutkiem tego nie zwracano może na ten punkt dostatecznie uwagi.

Przechodząc do roli przewodu pokarmowego, trudno tutaj wyraźnie się wypowiedzieć, występowanie objawów takich zdarza się w gorączce wołyńskiej, nie jest jednak częste; ból gardła na początku choroby pojawiał się w 7% przypadków, raz jeden nawet połączony z opuchnięciem gruczołów żuchwowych i szyjnych; język średnio obłożony był częsty (20·5%), inne komplikacje prawie nie pojawiały się zupełnie, jak biegunki (4.5%), żółtaczka (2.3%). Ze strony aparatu moczo-płciowego raz wystąpił lekki ślad białkomoczu, raz osłabiające chorego zmazy.

Śledziona była we wszystkich prawie przypadkach nieznacznie powiększona, stwierdzalna jedynie wypukiem; silniejsze powiększenie, słabo macalne, nie bolesne jednak, występowało jedynie w 13·6%, raz jeden tylko połączone z bolesnością tak śledziony, jak i powiększonej wątroby — był to przypadek jedyny, połączony z żółtaczką.

Rzadko wspominane przez autorów poty mogą jednak występować przy spadkach ciepłoty (4.5%).

Z powyższych danych widzimy, że, uwzględniając choć nieco stalsze dwa objawy, przekraczające w mojem zestawieniu 50%, — a to ból głowy (64%) i bóle w nogach i w łydkach (50%) — mamy w nich niepewną bardzo podstawę do rozpoznania. Jedynie przebieg choroby o jej perjodycznych nasileniach i typowa krzywa gorączki dają możność, po sumiennem wykluczeniu innych chorób, sprecyzowania rozpoznania. W przebiegu podkreślić należy krótkotrwałość ataku, 24—36 godzin; na 44 przypadków, t. zn. 120 do 140 ataków, tylko 4 razy przekracza jeden z nich tę normę.

Bóle ustępują w przerwach między atakami prawie zupełnie, jedynie lekkie »obolenie« nóg pozostaje i powoduje lenistwo chorych do wszelkich, a zwłaszcza szybkich ruchów. Chorzy tacy »łażą«, są nudni, wymagający, w przeciwieństwie do innych ozdrowieńców nie pragną szybkiego wyjścia ze szpitala, nie mogąc jednak przytem podać żadnych zdecydowanych oznak trwającej jeszcze choroby, czasem już po kilkunastodniowym okresie bezgorączkowym.

Jedną z charakterystycznych cech gorączki wołyńskiej są ataki zastępcze. Na 5-ty lub 6-ty dzień po ostatnim ataku nie pojawia się podwyżka ciepłoty lub też jest tak krótkotrwała, że umyka 2- lub 3-krotnemu mierzeniu dziennemu, za to występuje atak bólu głowy, nóg, krzyżów, połączony z gorszem znacznie samopoczuciem chorego. Atak taki mija po 20—36 godzinach, a na 10-ty dzień (od poprzedniego ataku normalnego z podwyżką ciepłoty) pojawia się ewentualnie normalny atak z gorączką.

Ataki te zastępcze oraz obecność schorzeń nietypowych, nieregularnych, w których wogóle trudno mówić o wyraźnych atakach, utrudniają bardzo zestawienie tabeli częstości ataków i do tego dodać jeszcze należy trudne wydostanie anamnezy od żołnierzy naszych, prawie zupełny brak współ-

*) Wygłoszone na posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 21. IV. 1922.

pracy ze strony lekarzy oddziałowych; te też powody skłaniają mię do zaznaczenia, że poniższa tabela nie jest zbyt dokładna:

2 ataki	21.1% chorych,
3 ataki	34.2% chorych,
4 ataki	21.1% chorych,
5 ataków	10.5% chorych,
6 ataków	5.3% chorych,
7 ataków	5.2% chorych,
8 ataków	2.6% chorych,

ponadto jeden chory przebył 10 ataków.

Cechą, którą się przy rozpoznawaniu gorączki wołyńskiej często kierowałem, był obraz krwi chorego. Główny nacisk kładłem tu na procentowe obliczenie białych ciałek krwi, gdyż żadnych wybitnych zmian w obrazie ciałek czerwonych nie spotykałem ani też żadnych wyraźnie uchwytnych zmian ilościowych czy to ciałek czerwonych, czy też białych. Stąd też zwracałem uwagę jedynie na procentowy rozkład leukocytów obojętnochłonnych, eozynochłonnych, tucznych, limfocytów i wielkich jednojądrzastych; ułatwiało mi to znacznie pracę, okazało się praktycznem a zupełnie wystarczającem bez wdawania się w dalsze kwalifikacje ciałek i rozbijanie ich na drobniejsze grupy, do dzisiejszego dnia tak zawzięcie kwestjonowane wzajemnie przez hematologów.

Opisywanej przez licznych autorów, zwłaszcza niemieckich, hyperleukocytozy obojętnochłonnej stałej przed i podczas ataku, która po ataku ustępuje miejsca limfocytozie, nie stwierdziłem; wahania pewne, nawet w zbliżonym kierunku, są, ale niestałe i niezbyt wyraźne.

Jedynie ilość wielkich jednojądrzastych jest w przebiegu gorączki wołyńskiej stale zwiększona i to dość znacznie, gdyż np. z badania 15 podstawowych chorych, u których spostrzegania te zacząłem, 1 raz tylko mamy 4·5%, 1 — 8·5%, 8 — 10 do 15%, 3 — 15 do 20%, 1 — ponad 20%.

Zdaniem mojem należy stanowczo obraz krwi badać we wszystkich przypadkach, nasuwających możliwość gorączki wołyńskiej. Gorączka o typie remisyjnym, falowym wraz z obrazem krwi o stosunku około 55% obojętnochłonnych leukocytów, do 30% limfocytów przy ilości wielkich jednojądrzastych ponad 8%, zwykle do 12—14% przemawia bardzo za możliwością gorączki wołyńskiej. Choroby o możliwym bardzo podobnym obrazie krwi — zimnica, dur powrotny — łatwo wykluczyć można przez drobnowidzowe rozpatrzenie krwi; grupę tyfusowo-paratyfusową wyklucza brak leukopenji i mononukleozy, inny przebieg choroby i krzywej ciepłoty. Zbliżony obraz daje jedynie nie zdarzająca się u nas prawie zupełnie »Dengue«; tu rozpoznanie w nietypowych przypadkach obu chorób może być nawet bardzo trudne; lecz ogółem w piśmiennictwie naszem okresu wojennego nie spotkałem innych przypadków ponad 8 przypadków tej choroby, spostrzeganych przezemnie, a w całej literaturze niemieckiej lat 1915—1918 znalazłem kilka przypadków na Wołyniu Dra Ludwiga z armji niemieckiej.

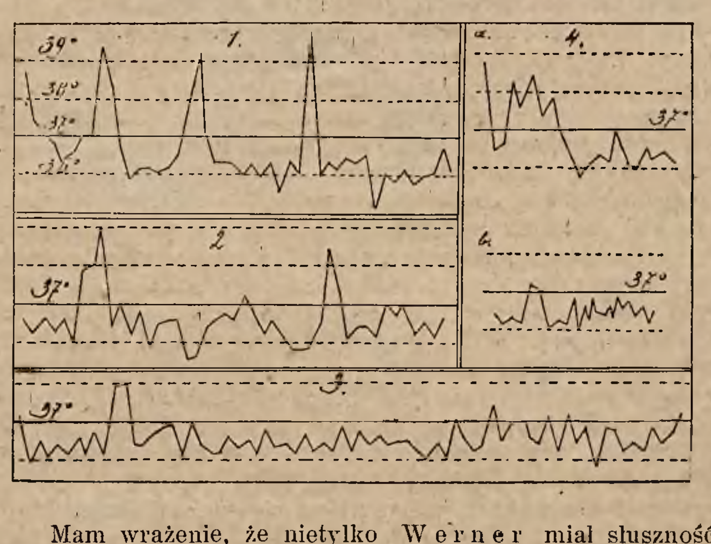
Stąd też uważam liczbę wyższą ponad 8% wielkich jednojądrzastych, przy stosunku obojętnochłonnych do limfocytów 55% : 30%, za wybitnie przemawiającą za rozpoznaniem »gorączka wołyńska«, naturalnie po uprzedniem wykluczeniu zimnicy, tyfusu powrotnego i Dengue'i. Co do zarzutu nieuwzględnienia zimnicy utajonej, to muszę przyznać, że pomyłki wobec częstości zimnicy u nas mogłyby się zdarzać, lecz prócz gorączki chroni tu od błędów zaznaczona zawsze nawet w zimnicy utajonej silna zmiana w obrazie ciałek czerwonych: anisocytoza, basofilja, silna odnowa, dla trochę bardziej z zimnicą obeznanego hematologa zawsze do odkrycia, — najłatwiej w grubej kropli. Zmian tych w gorączce wołyńskiej brak zupełny.

Przechodzę teraz do najważniejszego punktu rozpoznawczego, do krzywej ciepłoty. Ponieważ krzywa ta, której przykłady od najbardziej typowych do zupełnie atypowych przedstawiam, odpowiada naogół nietylko przebiegowi samej ciepłoty, ale też i nasileniu wszelkich innych objawów chorobowych, przeto z przykładów tych widać odrazu, że nie należy wedle wzoru Jungmanna, ogólnie zresztą przez Niemców samych skrytykowanego, stwarzać typów chorobowych gorączki wołyńskiej, gdyż typowy jest właśnie jej atypowy, kapryśny przebieg, i to nietylko w poszczególnych przypadkach jednej epidemji, ale nawet u tego samego chorego w przebiegu ataków. Doświadczenia amerykańskie wykazały, że nawet czysty szczep gorączki wołyńskiej, doświadczalnie przeszczepiany z jednego ochotnika na drugiego, miewał najrozmaitsze postacie przy stosunkowo jednolitej jakości poddawanych doświadczeniom ochotników. Naogół są prawie wszyscy autorowie zgodni co do charakteru krzywej ciepłoty; krótko też podam jej cechy: krótkie, 36 godzin nigdy nie przekraczające, podwyżki ciepłoty, szczyty ich ostre, dwu- lub trójzębne czasami, z dość głębokiemi wcięciami; przeciętnie 4 dni między atakami, od czasu tego dość częste odchylenia o 1 dzień, a więc napad następny na 4-ty lub 6-ty dzień, odchylenia te jednak nie zachowują się, jak przy zimnicy — anteponens i postponens — lecz przeciwnie, tak, że się różnice wyrównują i trzeci atak pojawia się np. dokładnie 10-go dnia po pierwszym ataku, podczas gdy drugi był na 6-ty dzień.

W licznych przypadkach podwyżki ciepłoty, w dalszych zwłaszcza napadach, są tak krótkie i niskie, że tylko dokładne spostrzeganie ciepłoty ułatwia rozpoznanie, zwyżki wynoszą tylko kilka dziesiątych części stopnia, ale pojawiają się regularnie co 5-ty dzień.

Pozostaje jeszcze do omówienia t. zw. (wedle Jungmanna) typ tyfoidalny gorączki wołyńskiej; przykłady takie podaję w załączonych tablicach. Typ ten stanowi przedmiot sporu trudny do rozstrzygnięcia — czy są to rzeczywiście ciężkie przypadki gorączki wołyńskiej, czy też lekkie przebiegi duru brzusznego lub któregoś z durów rzekomych u ludzi szczepionych. Wyodrębnianie tego typu spotkało się naogół z dużą krytyką nawet już u Niemców; dość znacznie poderwały ich znaczenie badania Seeligera, który w bardzo znacznej odsetce wykazywał po injekcji nukleinianów we krwi chorych tych zarazki duru brzusznego lub durów rzekomych. Badania innych autorów, ujemne tak co do wyhodowania zarazków, jak również co do prób aglutynacyjnych, popierają znów możliwość takiego typu gorączki wołyńskiej. Rozstrzygnięcie może nastąpić tu jedynie na drodze doświadczalnej; dotychczasowe badania nie dają dostatecznej podstawy do uznania tego typu chorób za gorączkę wołyńską bez komplikacji lub pobocznej drugiej infekcji. Załączona tabela krzywych ciepłoty chorych, zakażonych doświadczalnie, obejmuje właśnie te przypadki, wybrane ze wszystkich mi dostępnych, które się najwięcej zbliżyły do t. zw. typu tyfoidalnego; nie odpowiadają one zbytnio temu typowi. Tabela ta jest równocześnie dowodem, że przebieg choroby, mniej lub bardziej typowy, nie zależy od szczepu, gdyż np. A. T. Daly zakażony został szczepem chorego o lekkim i mało typowym przebiegu, V. Schaeffer szczepem chorego o typowym przebiegu paroxyzmalnym, D. P. Turner szczepem chorego o wybitnie wyraźnym przebiegu paroxyzmalnym i znacznie silniejszym.

Fig. 1.



Mam wrażenie, że nietylko Werner miał słuszność, nazywając na jednym z niemieckich zjazdów lekarskich go-

rączkę wołyńską wygodnym garnkiem, do którego wrzucano wszystko, z czem nie wiedziano, co zrobić, ale w dodatku

Fig. 2.

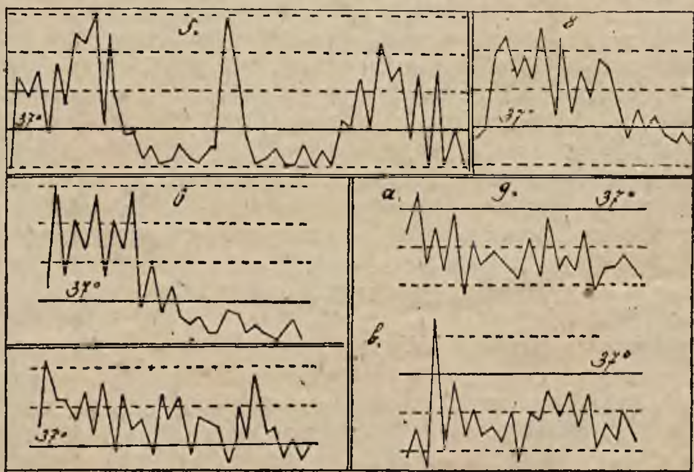
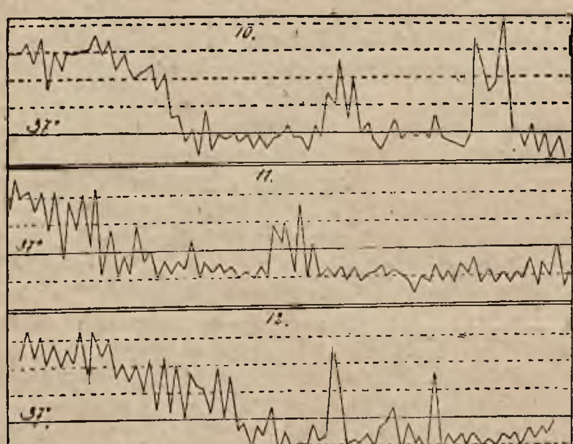


Fig. 3.



nikt ze wspomnianych autorów nie analizował gorączki wołyńskiej z punktu widzenia jej podobieństwa do zimnicy mimo tak dużego nawet stopnia tego podobieństwa. Ponieważ ponadto nie znamy dla gorączki wołyńskiej żadnego środka leczniczego ani profilaktycznego, a trwanie jej bywa często dość długie, można więc śmiało z dużem bardzo prawdopodobieństwem przyjąć, że znaczna część »tyfoidalnych« gorączek wołyńskich była rzeczywistemi, bardzo lekkiemi durami brzusznemi, rzekomemi lub nawet osutkowemi u chorych na gorączkę wołyńską utajoną; całe Kresy wschodnie, to kraj gorączki wołyńskiej i zimnicy, jeśli więc u 240 chorych na czerwonkę w 1920 roku po przebyciu jej u 11 wybuchła zimnica, skutkiem obniżenia odporności nagle ujawniona, to podobnie może się rzecz mieć i w napadach gorączki wołyńskiej po durach nawet lekkich. Nie należy też zapominać o ogromnej ilości form poronnych gorączki wołyńskiej, zwłaszcza u ludzi odporniejszych; postacie takie pozostają nierozpoznane i nieleczone, dopiero po obniżeniu odporności przebyciem innej choroby występują ostre ataki typowej gorączki wołyńskiej, umożliwiającej rozpoznanie. Pilniejsze spostrzeganie, dokładne wywiady, lepsza orjentacja, prawie zupełnie dziś jeszcze nie istniejąca, co do okolic stałej gorączki wołyńskiej, wykryłyby znaczną ilość mieszanych infekcyj i wyjaśniły sprawę »typu tyfoidalnego«.

Streszczając swe wywody o typie tyfoidalnym, chciałbym podnieść:

1. że badania eksperymentalne nie dały ani razu gorączki wołyńskiej typu tyfoidalnego z późniejszem przejściem w typ paroxyzmalny;

2. że niektóre badania, np. Seeligera, wykazały po wstrzykiwaniach nukleinianów obecność zarazków duru brzusznego lub durów rzekomych we krwi takich chorych;

3. że wywiady i przebieg choroby u niektórych chorych nasuwa przypuszczenie, że gorączka wołyńska może być podobnie utajona, jak zimnica, wybuchać zaś po obniżeniu odporności organizmu skutkiem przebycia innej choroby zakaźnej;

4. że wobec powyższego nie należałoby tak pochopnie zaliczać do gorączki wołyńskiej form o przebiegu t. zw. tyfoidalnym, lecz zapatrywać się na nie krytyczniej, podejrzewać ewentualną infekcję mieszaną i w każdym razie starać się wszelkiemi środkami, stojącemi do rozporządzenia, postawić rozpoznanie choroby wikłającej obraz.

Przechodzę teraz do sprawy leczenia: otóż wbrew wszelkim twierdzeniom, tak licznym w piśmiennictwie, nie ma jednak żadnego środka leczniczego dla tej choroby. Z symptomatycznego zaś leczenia największe znaczenie ma piramidon w dawkach po 0·3 g, który zmniejsza bóle prawie zawsze. Rokowanie jest nader pomyślne, gdyż zejścia śmiertelnego nie znamy wogóle; tylko pod względem szybkości powrotu do zdrowia jest ono gorsze, przeciętnie trwa choroba 18—22 dni, pobyt w szpitalu jednak żołnierzy przedłużał się nieraz poza 4 tygodnie z powodu powolnego zdrowienia; zdarzają się jednak i przypadki uporczywe, widziałem raz jeden o 10 napadach, inni przypadki trwające od 6 miesięcy do 19.

Zmian stałych ani też odporności po sobie gorączka wołyńska nie zostawia.

Przechodząc do epidemjologji gorączki wołyńskiej chcę zaznaczyć, że wszystkie przypadki spostrzegane przezemnie były badane drobnowidzowo, nietylko w preparatach rozciąganych, ale i w grubych kroplach (metoda Rossa), barwionych tak Mansonem jak i Giemsą. Ani razu żadnego drobnoustroju nie znalazłem. Jedynie na podstawie badań doświadczalnych Amerykanów (Strong), Anglików (Mc Nee), oraz nielicznych niemieckich (Werner, Benzler, Strisower), można stwierdzić, iż:

zarazek znajduje się we krwi chorego głównie przed i podczas ataku, czasem też między atakami, ale rzadko i wtedy w znacznie zmniejszonej ilości;

zarazek znajduje się w osoczu krwi i w ciałkach białych, w ciałkach czerwonych tylko dlatego, że wymycie ich takie, by je pozbawić zupełnie śladów osocza, jest niemożliwe;

zarazek znajduje się także w moczu i plwocinach chorego;

zarazek może być przenoszony przez wszy i powodować zakażenia tą drogą; gorączka wybucha w 14—30 dni po ukąszeniu przez wesz zakażoną.

Szereg doświadczeń, wykonanych na osiemdziesięciukilku ochotnikach armji amerykańskiej, pozwoliły ustalić powyższe dane oraz dalsze, podane poniżej. Nie udało się jednak wyjaśnić, w jaki sposób wesz zakaża — czy przez swe narządy ssąco-kłujące (jak Anopheles w zimnicy), czy też skutkiem zanieczyszczenia skóry chorego jakoteż swych narządów kłująco-ssących własnemi odchodami, zawierającemi w bardzo znacznych ilościach zarazki gorączki wołyńskiej. W doświadczeniach wykonanych tak, że wszy zakażone dostawały się jedynie wisząco od dołu do skóry osobnika, którego miały zakazić, zakażenie osiągnięto, ale po długim bardzo okresie wylęgania, co mogłoby być wskaźnikiem bardzo małej ilości zarazków; ponieważ kontrole doświadczeń tych wykazały, że na skórze zakażonych w ten sposób osobników zawsze można było znaleźć grudki odchodów wszy, przeto pytania wyżej wspomnianego nie rozstrzygnięto.

Dalej udało się stwierdzić, że okresy wylęgania trwają przy zakażeniu: przez wstrzyknięcie krwi chorego, pobranej przed lub podczas ataku, 5—7 dni; przez wstrzyknięcie krwi chorego, pobranej między atakami, 13—20 dni; przez ukąszenie wszy zakażonej 14—30 dni; przez wcieranie w skórę ochotników centryfugatu moczu chorych 6—30 dni; przez wcieranie w skórę ochotników plwociny chorych 8 dni (1 dośw.); przez wcieranie w skórę ochotników roztartych odchodów wszy zakażonych 7—9 dni.

Przy porównaniu najszybszych sposobów zakażenia widzimy, że jednak ilość zarazków we krwi chorego w najwię-

kszej posocznicy nie jest większa od ilości w kale wszy zakażonej, prawdopodobnie nawet mniejsza, gdyż ilości krwi użyte były większe niż, ilości rozcieranych odchodów wszy.

Pozatem stwierdzono: wesz staje się zakaźną dopiero po 4—10 dniach od karmienia krwią chorego; możliwy i prawdopodobny jest cykl rozwojowy we wszy; wesz pozostaje zakaźną 10—13 dni; zarazek na gnidy nie przechodzi; chory po 100 dniach od ostatniego ataku nie jest już zakaźny; zarazek, a conajmniej te jego stądja, jakie znajdują się w moczu chorego i w odchodach wszy zakażonej, jest ultramikroskopowy i przesączalny przez sączki Chamberlanda L; zarazek jest dość wytrzymały, gdyż zabijają go dopiero temperatury 70° C w atmosferze wilgotnej po 30-minutowem działaniu, 60° C przez 30 minut osłabia, lecz nie zabija.

Co do punktu o cyklu rozwojowym we wszy, to nasuwa mi się przypuszczenie, że 4—10 dni stanowi czas potrzebny na przedostanie się zarazka do jelit, rozmnożenie się tam i pojawienie się w odchodach, nie cała więc wesz byłaby zakaźną, lecz tylko jej przewód pokarmowy i jego zawartość.

Przechodząc teraz na podstawie poznanych właśnie, a doświadczeniami stwierdzonych danych o przenoszeniu zarazka gorączki wołyńskiej do wyjaśnienia historji epidemji, widzimy, że nie wystarczają te dane do zupełnego wytłumaczenia powstawania i szerzenia się gorączki wołyńskiej. Cały szereg obserwowanych epidemij powstawał między majem a październikiem (przeciwnie więc jak dur osutkowy, szerzący się w zimie), dalej gorączka wołyńska szerzyła się nie kompanjami i bataljonami, lecz pułkami, mimo rozrzucenia ich na większych przestrzeniach; szerzenie się duru osutkowego wyglądało zupełnie inaczej. Bardzo uderzająca jest statystyka mych 40 przypadków; w zimie 1920/21, gdy miałem szpital cały (300 łóżek) przepełniony chorymi na dur osutkowy i powrotny, stwierdziłem 4 przypadki gorączki wołyńskiej w grudniu, styczniu i marcu. W kwietniu, gdy dur osutkowy znikł zupełnie, a powrotnego znalazło się w szpitalu ledwo kilka, liczba gorączki wołyńskiej skoczyła na 19 przypadków, w maju 6, w czerwcu 9, czyli łącznie w II. kwartale 1921 r. 34 przypadków; później w lipcu i sierpniu już tylko 2 przypadki. Rozłożenie przypadków na oddziały było rozbite na malutkie grupki — jedyną wyższą cyfrę 13 chorych w kwietniu dała kompanja, pracująca przy budowie mostu w bagnistej okolicy. Spadek w lipcu i sierpniu tłumaczy się odejściem oddziałów.

W szpitalu samym, w czasie największego przepełnienia i najgorszych warunków higjenicznych, t. zn. do marca 1921, zdarzają się skutkiem tegoż 3 przypadki zakażenia się personalu durem osutkowym, i to zawsze w części jego najbardziej narażonej — izbie przyjęć i pierwszej sali obserwacyjnej — (z tego dwa spowodowane fałszywie wystawionemi świadectwami P. T. Cz. K. odporności na dur osutkowy), potem poprawiają się stosunki znacznie skutkiem zmniejszenia się obłożenia i remontu; od kwietnia do lipca zdarza się jednak 8 przypadków przeniesienia gorączki wołyńskiej, głównie na baraku zakaźnym i w salach mieszkań parterowych, w głównym gmachu na piętrach i u personalu na piętrze mieszkającego ani jednego przypadku. Pod względem zaś możliwości wszy, których nie znaleziono w szpitalu nigdy z wyjątkiem jednego jedynego razu w styczniu na wspomnianej sali obserwacyjnej, najczyściejszy był właśnie ten barak zakaźny, na którym było najwięcej przeniesień gorączki wołyńskiej. Chorzy przybywali nań z sali obserwacyjnej po powtórnej kąpieli i kontroli.

Możliwy jest następujący pogląd na epidemjologię gorączki wołyńskiej: Choroba ta, tak pod względem epidemjologicznym, jak i klinicznym, zbliżona do zimnicy, panuje endemicznie na Wołyniu. Przenoszona jest przez komary i przez wszy; przez te ostatnie jedynie drogą ich przewodu pokarmowego i odchodów; zakażenie następuje: 1. przez ukąszenie komara niewiadomego jeszcze gatunku lub gatunków lub 2. przez rozgniecenie wszy i wtarcie zawartych w niej zarazków w skórę, lub 3. przez uszkodzenie naskórka (n. p. drapaniem), zanieczyszczonego odchodami wszy zakażonej.

Wojna, gromadząc olbrzymie masy ludzi zawszonych w ciasnych skupieniach, stworzyła jedyne w swym rodzaju masowe doświadczenie przenoszenia zarazka gorączki wołyńskiej nie normalną jego drogą, a przez wszy; udział jednak — może i niezbyt znaczny w niektórych wybuchach wojennych — komarów w roznoszeniu zarazka gorączki wołyńskiej umożliwił to dziwne rozłożenie epidemji, mającej być powodowaną jedynie przez wszy, podobnie jak dur osutkowy, a tak od rozkładu duru osutkowego innej; różnice widzimy w obu kierunkach, i w rozdziale wedle oddziałów i odcinków i w porach roku. Skuteczność odwszenia tłumaczy albo pora roku albo okolica, powodująca brak komarów; wybuchy zaś marcowe i kwietniowe, wczesne pojawienie się komarów, które przezimowały w stajniach, oborach, wychodkach, z nastaniem zaś pierwszych ciepłych dni wylatują, jak to miało miejsce np. w marcu 1919 r. na oddziele wewnętrznym Szpitala okręgowego w Przemyślu, gdzie pojawiły się pierwsze przypadki (nie recydywy) zimnicy i komary widlisza, złowione w korytarzu tego oddziału.

Naturalnie hipoteza ta stanowić może jedynie podstawę do dalszych badań doświadczalnych. Sprawa zaś zaznajomienia szerszego ogółu lekarskiego, tak wojskowego jak i cywilnego, ma doniosłe znaczenie; dla pierwszych z powodu nasilenia i strat, jakie choroba ta może powodować (Herringham podaje dla armji angielskiej we Flandrji 200.000 przypadków i utratę około 8 milionów dni służby), dla drugich ze względu na prawdopodobną wielką ilość przypadków gorączki wołyńskiej na Kresach wschodnich, brak odporności po przebyciu jej i skutkiem tego recydywy, możliwość utajonej gorączki wołyńskiej i wystąpienia jej jako komplikacji po obniżeniu odporności skutkiem przebycia innej choroby.

S pisu piśmiennictwa nie podaję ze względu na brak miejsca; niemieckie piśmiennictwo znajduje się w P. Jungmanna *Das Wolhynische Fieber*, Berlin, 1919; angielskie i amerykańskie w The Trench Fever, Report of the American Red Cross Research Commission by Strong.

Objaśnienie załączonych krzywych ciepłoty:

Fig. 1. Przebieg typowy: 1. Skarżyński Walerjan, 2. Niski Józef. Przebieg atypowy: 3. Szymański Józef, 4. Trofimow Gregor (b jest dalszym ciągiem a).

Fig. 2. Doświadczalnie wywołane: 5. V. Schaeffer, 6. Kuczynsky, 7. D. P. Turner, 8. A. T. Daly, 9. małpa (b jest dalszym ciągiem a).

Fig. 3. Gorączka wołyńska, jako powikłanie: 10. Ulański, dur osutkowy, Weil-Felix silnie dodatni, 11. Rolecki Michał, Paratyphus B ?, aglutynacja do 1/600 dodatnia, Ty abd i Para A słabo zaznacz., Weil-Felix ujemny, 12. Jabłoński Stanisław, klinicznie dur brzuszny, aglutynacja 1/100 dodatnia, Para A i B ujemne, Weil-Felix ujemny.

We wszystkich krzywych ciepłota podawana dwa razy dziennie.

P. S. Wszelkie informacje i spotrzeżenia, tyczące się gorączki wołyńskiej, proszę skierowywać do Szpitala Okręgowego Nr. 2. w Chełmie lubelskim pod adresem autora.

Władysław SZTEYNER, ordynator oddziału. Warszawa.

O rzekomem przewlekłem zapaleniu wyrostka robaczkowego *).

Z oddziału chirurgicznego II B. Szpitala Dziec. Jezus.

Przed laty 44 w podręcznikach patologji opisywano jednostkę patologiczną *typhlitis stercoralis* i *perityphlitis*. Choroba ta miała powstawać skutkiem przeziębienia, urazu lub zastoju kału w okrężnicy. W kilka lat później dzięki chirurgom, którzy zaczęli operować podobnych chorych, ustaliło się zdanie, że wszystkie podobne sprawy zależą od zapalenia wyrostka robaczkowego, zaczęto operować z początku tylko ropnie głębokie, potem wycinano wyrostki, leżące w ropniu, w końcu zaczęto wycinać wyrostki robaczkowe na zimno, zapobiegawczo, aby usunąć chorobę i uniemożliwić nawroty.

Ustalił się pogląd, że niema *typhlitis* ani *perityphlitis*, jest tylko *appendicitis* i od niego zależne wszystkie następcze dolegliwości i powikłania. Konieczność operacyjnego lecze-

*) Rzecz czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. lekarskiego dnia 28. XI. 1922.

nia rozpowszechniła się nietylko między chirurgami i internistami, ale nawet pośród publiczności; nieraz sami pacjenci przychodzili odrazu do chirurgów, żądając operacji. Następnie okazało się, że niekiedy przy operacji znajdowano zmiany anatomiczne w wyrostku robaczkowym minimalne, tak zwaną *appendicitis microscopica.* Co więcej, niektórzy chorzy zaczęli po operacji skarżyć się na podobne dolegliwości, co przed operacją.

Przed 17 laty prof. Dieulafoy ogłosił lekcję kliniczną, w której podał, że widuje całe grupy takich chorych, operowanych bezskutecznie a cierpiących właściwie na *typhlocolitis* i leczących się z powodzeniem wodami alkalicznemi w Plombières, gdzie nazywano ich »*les balafrès de Plombières* (piętnowani bliznami). Od tego czasu zwróciłem baczną uwagę na wszystkie, zwłaszcza nietypowo przebiegające, przypadki przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, szczególnie te, które przebiegały bez gorączki i wymiotów, gdzie było więcej objawów podmiotowych, niż przedmiotowych. Istotnie przychodzi wielu chorych, których jedynym objawem jest ból w punkcie Mac-Burney'a, wielu lekarzy zadawalnia się tym jedynym objawem, aby rozpoznać zapalenie wyrostka robaczkowego i ewentualnie zalecać operację.

Zmieniły się też bardzo zasadniczo poglądy na przyczyny i leczenie zaparcia stolca. Przed laty 30 Dunin napisał odczyt o zaparciu stolca i jego przyczynach i leczeniu, praca ta cieszyła się dużem uznaniem i rozgłosem. W związku z dzisiejszym tematem przeczytałem ponownie tę pracę i przekonałem się niestety, że jego zapatrywania są bardzo przestarzałe. Mówiąc o poglądach Glenard'a pisze: »nie mogłem się przekonać, aby ktośkolwiek wykazał niezbicie, że istnieje związek pomiędzy zaparciem i zmianami w położeniu kiszek. Jest to tylko przypuszczenie«. Dalej pisze »przeszkody jednak przez te zmiany (w położeniu kiszek) stworzone, nie są właściwie żadne i nie przewyższają bynajmniej tych, jakie istnieją normalnie w zgięciach«. W końcu przyznaje, że, jeżeli wskutek zrostów nastąpi zagięcie a z niemi i przeszkoda dla krążenia kału, nie wątpi, że podobne rzeczy mogą się zdarzyć tu i ówdzie, »ale tak wyjątkowych przypadków nie można rozciągać na całą patologję zaparcia«. Razem z Ewaldem podnosi zarzut, że tym teorjom Glenard'a brakuje małej rzeczy — sankcji anatomo-patologicznej. Napróżno szukał owej *corde colique transverse,* przy sekcjach, znajdował najczęściej łukowate opuszczenie poprzecznicy ku spojeniu łonowemu. W ogólności Dunin stara się uzasadnić dwie myśli, a mianowicie: 1) że zaparcie stolca nie jest rzeczą tak dla zdrowia szkodliwą, jak to dziś jeszcze powszechnie przyjmują, i 2) że powstawania jego nie można wytłumaczyć stałemi, anatomicznemi zmianami,czy to w budowie, czy też w położeniu kiszek. Dalej, że najważniejszym punktem w etjologji zaparcia są przypadłości nerwowe. Nie będę rozstrzygał, czy tak wiele jest przypadków zaparcia pochodzenia nerwowego, pozostawiam to neuropatologom. Ale ze stanowiska chirurgicznego mogę powiedzieć, że w ostatnich latach z prac chirurgów i radjologów, z licznych spostrzeżeń i operacyj okazało się, że właśnie te opuszczenia Glenard'a, rozszerzenia i zrosty są powodem ciężkich cierpień, rozpoznawanych nieraz mylnie jako zapalenia przewlekłe wyrostka robaczkowego, które się nie dadzą usunąć ani leczeniem ogólnem, ani lekami i enemami, lecz jedynie przez mniejsze lub większe operacje. Przytoczę tu prace z roku 1909: Jackson'a *Membranous pericolitis,* Isaacs'a *Membranous perienteritis,* oraz Lane'a operacyjne leczenie przewlekłego zaparcia stolca, które powtórnie było podane w tym roku w *Presse médicale.* Autor ten podaje, że w ciężkich przypadkach zaparcia, zależnych od poważnych zmian w przebiegu okrężnicy (*megacolon, megacoecum, megasigmoideum),* należy wykonać jedynie skuteczną kolektomję połowiczą tj. wycinać okrężnicę od jelita biodrowego do połowy poprzecznicy lub całkowitą do okrężnicy miednicowej. Na ostatnim kongresie chirurgów francuskich Delagenière podaje 17 przypadków *megacolon,* leczonych za pomocą kolektomji połowiczej i całkowitej.

Autor ten powiada, że niema przypadków wrodzonych (nie wspomina o prawdziwej chorobie Hirschsprung'a), są tylko nabyte z powodu różnych przyczyn i chorób. Rabère i Grekow operował *megacolon pelvinum* w przypadkach ciężkich skrętu przez sztuczne wpochwienie do odbytnicy i wycięcie przez odbyt.

We wszystkich nietypowych przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego należy wyłączyć przedewszystkiem różne bóle histeryczne, a zwłaszcza nerwobóle ściany brzusznej, o których pisał Janowski w roku 1907 i 1917, że czasami punkty neuralgiczne w ścianie brzucha są umiejscowione w ten sposób, że naśladują nietypowe przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego. W dawniejszych pracach przytoczył 6 przypadków, w ostatniej zaś pracy stwierdził 14 razy stanowczo i wyleczył nerwoból w skórze w okolicy wyrostka robaczkowego, w których chorzy (5 razy) lub koledzy (9 razy) przypuszczali zapalenie wyrostka robaczkowego. W pięciu z tych 14 przypadków dokonano wycięcia wyrostka robaczkowego, poczem bóle nie tylko nie znikły, ale nawet się obostrzyły i trwały długo. Ostrzega więc o tem na zasadzie 20 przypadków, zarówno chirurgów, jak i internistów.

Dalej należy wyłączyć początkowe okresy gruzlicy wyrostka robaczkowego i kiszki ślepej, chociaż niektórzy lekarze i tu zalecają wczesną operację, jednak na zasadzie osobistego doświadczenia nie przychylam się do tego. Stosunkowo nie rzadko rozpoznają przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, gdzie tego niema, lecz jest przewlekłe zapalenie jajowodów i jajników. Chore takie nieraz bezwiednie albo umyślnie zamilczają o upławach i innych dolegliwościach ze strony narządów płciowych, nieraz oburzają się na chirurga, gdy im powie, że to nie kiszka ślepa jest chora, lecz jajowody. Chociaż nie ulega wątpliwości, że obie choroby istnieć mogą jednocześnie: zapalenie wyrostka i jajowodu. Jeden z francuskich autorów nazwał to *flirt appendiculo-annexiele.* Zapalenie zaczyna się z jednego lub drugiego narządu i łączy się w jedno pozrastane ognisko. Operowałem jeden przypadek, gdzie po usunięciu wyrostka ze starych zrostów, znalazłem głęboko położony w miednicy ropień cuchnący z jajowodu i drenowałem przez brzuch i pochwę. W drugim przypadku podobnym, który przebiegał przy objawach niedrożności jelit, znalazłem przy laparotomji, dokonanej w linji środkowej, w przewidywaniu niezwykłych powikłań, kłąb kiszek pozlepianych z narządami płciowemi i wyciąłem twór podłużny, jak się zdawało wyrostek robaczkowy, a dopiero badanie drobnowidowe wykazało, że był to zmieniony zapalnie jajowód. Zapalenie pęcherzyka żółciowego niekiedy może dawać objawy podobne do zapalenia wyrostka robaczkowego, zwłaszcza gdy bóle i guz wyczuwa się dość nizko, nadto obie choroby mogą istnieć jednocześnie. Takie przypadki widywałem i operowałem niejednokrotnie, chore były przysyłane z rozpoznaniem zapalenia pęcherzyka żółciowego albo zapalenia wyrostka robaczkowego lub bez rozpoznania. Niekiedy były oba cierpienia; w takim razie, dokonawszy wycięcia wyrostka robaczkowego, rozszerzałem cięcie Jalaguriera ku górze i wycinałem pęcherzyk żółciowy z kamieniami. Niektórzy chirurgowie amerykańscy radzą w przypadkach niejasnych, wątpliwych, robić cięcie podłużne na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha, wycinać wyrostek robaczkowy, dalej pęcherzyk żółciowy, jeżeli jeszcze są pewne wskazówki na cierpienia dwunastnicy lub żołądkowe, dodać poprzeczne cięcie górne i usunąć zrosty, ewentualnie dokonać gastroenterostomji. Cierpienia nerki prawej mogą niekiedy dawać bolesne napady, podobne do przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, a mianowicie kamienie nerkowe, zapalenie miedniczek, początki zapalenia ropnego okołonerkowego. Dalej ruchoma nerka prawa, początki wodonercza, bóle przy ruchomej nerce, które uspokajają się niekiedy przy noszeniu pasa, natomiast wszelki ucisk przy zapaleniu wyrostka robaczkowego bóle powiększa.

Przez pewien czas sądzono, że niepomyślne wyniki po wycięciu wyrostka robaczkowego (różne bóle i dolegliwości) zależały od następczo wytworzonych zrostów, lecz dokładniejsze badania, szczególnie radjologiczne, wykazały, że istnieje szereg zmian anatomicznych w okrężnicy, które wywołują podobne objawy, jak przewlekłe zapalenie wyrostka robacz-

kowego, i nie mogą ustąpić po wycięciu samego wyrostka. A więc spostrzegaliśmy nieraz, że przy operacji na miejscu kątnicy leżała bardzo nizko poprzecznica, którą trzeba było odsunąć wysoko ku górze, aby dostać się do kątnicy i wyrostka robaczkowego. Niekiedy okrężnica wstępująca była pofałdowana, jakby nie mogła się pomieścić w swojem miejscu (*elongatio coli*). Wielokrotne badania radjologiczne autorów, a zwłaszcza de Martel'a i Antoine'a (*Les fausses appendicites*), wykazały, a operacje następcze potwierdziły następujące formy patologiczne, dające objawy podobne do przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego: 1) Nienormalna ruchomość kątnicy, jeżeli można ją przesunąć na strony dalej niż na 10 cm; taka postać może sprawiać różne dolegliwości przewlekłe a nawet doprowadzić do skręcenia kątnicy (*volvulus coeci*) i ostrych objawów niedrożności jelit. Takie przypadki operowałem parę razy. 2) Kątnica opadła (*ptosis*) ruchoma lub przyrosła i nieruchoma, czasem opuszczająca się bardzo nisko do małej miednicy i rozpoznawana jako chorobowo zmieniony jajowód prawostronny. 3) Opadnięcie zagięcia prawego okrężnicy. 4) Całkowite opadnięcie okrężnicy wstępującej wraz z kątnicą może spowodować nawet uciśnięcie dwunastnicy i objawy niedrożności. 5) Okołookrężnicza błona Jackson'a (*mesenteritis membranacea*). 6) Zagięcie jelita biodrowego w pobliżu kątnicy (Lane's kink); taki przypadek operowałem niedawno, lecz jednocześnie były też zrosty idące od wyrostka. 7) Zrosty okrężnicy w zagięciu prawem. 8) Przyrośnięcie równoległe okrężnicy wstępującej do poprzecznicy (*en doubel canon de fusil*), zwane też chorobą Payer'a. Nawet duże opadnięcie samej poprzecznicy może dawać objawy podobne do zapalenia wyrostka robaczkowego, jak świadczy przypadek niedawno operowany, gdzie przed operacją na rentgenogramie znaleźliśmy duże opadnięcie poprzecznicy, potwierdzone przy operacji. Za pomocą szwu skróciłem krezkę poprzecznicy, jednak po paru miesiącach chora zaczyna znów narzekać na dolegliwości. Niekiedy rozszerzona i powiększona okrężnica zagięta (*S. romanum*) pomieszcza się w prawym dole biodrowym i dochodzi aż do podżebrza. Nawet wpochwienie biodrowo kątnicze lub wpochwienie wyrostka robaczkowego przyjmowano za zwykłe zapalenia wyrostka robaczkowego. Nakoniec mniejsze guzy rakowe, gruczoły biodrowe powiększone dawały powód do omyłek.

Chcąc zatem rozpoznać dokładnie przed operacją powyżej opisane zmiany w kątnicy i okrężnicy, powinien chirurg sam osobiście w każdym niejasnym lub nietypowym przypadku, nie ograniczając się na jednym rentgenogramie, rozpatrzeć na ekranie wielokrotnie po zastosowaniu mieszanki barytowej po kilkunastu godzinach i kilkudziesięciu. Taka radjoskopja w połączeniu z radjopalpacją jest niezmiernie pouczająca. Niektórzy autorowie amerykańscy i Enriquez radzą nadto robić wielokrotne zdjęcia całemi serjami, szczególnie przy rozpoznawaniu wrzodów dwunastnicy.

Na zakończenie przytoczę jeszcze niektóre dane liczbowe. Gibson (1920) podaje 40% przypadków niewyleczonych, gdzie po operacji wyrostka robaczkowego pozostały bóle i zaburzenia żołądkowo-kiszkowe (Enriquez miał 25% operowanych niewyleczonych). Na 550 przypadków operowanych z rozpoznaniem przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego w 259 przypadkach były wyniki wyborne, ale badanie histologiczne wykazało tylko 85% wyrostków chorych, patologicznie zmienionych; w 65 przypadkach wyniki zadowalniające, jednak chorzy nie są wyleczeni zupełnie, skarżą się na różne dolegliwości, zaparcie stolca, niestrawność; w 102 przypadkach wyniki są złe, niema polepszenia przypadłości chorobowych, chociaż 63% tych wyrostków wyciętych było patologicznie zmienionych; 106 przypadków wyniki nieznane, 3 śmierci. Martel i Antoine na 134 przypadków operowanych mieli: przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego zwykłe 34, *appendicitis chr.* z obocznemi zmianami 6, błona Jackson'a 4, załamania i zrosty podwójne 19, *typhlocolitis* 9, *coecalgia* 4, kątnica ruchoma 5, opadnięcie kąta prawego 5, opadnięcie całej okrężnicy prawej 15, z tych 5 z uciśnięciem dwunastnicy szypułką krezki, *pericolitis superior* 10, *pericolitis inferior* 14, Lane's kink 2, skurcz jelit cienkich 2, *epiploitis post operationem* 5, *tbc. ileocoecalis* 2.

Prof. Dr. Kazimierz MAJEWSKI. Kraków.

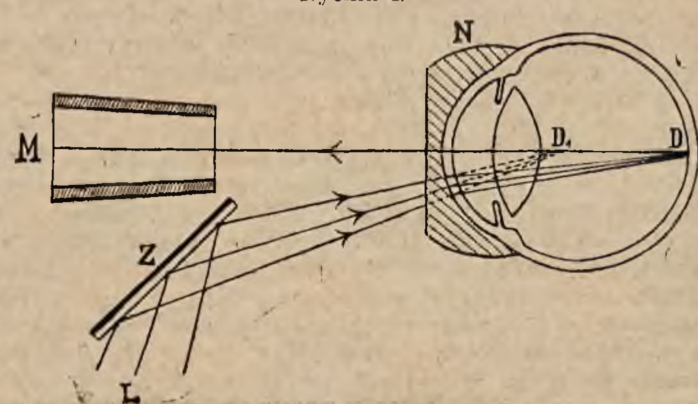
Mikroskopja żywych tkanek oka w świetle lampy szczelinowej Gullstranda.

Według wykładu, wygłoszonego w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem dnia 13. grudnia 1922.

(Dokończenie).

W ostatnich czasach biomikroskopja zrobiła jeszcze jeden krok naprzód, a raczej nie naprzód a w głąb gałki ocznej, zdobyto się bowiem na uprzystępnienie badaniu drobnowidowemu już nie tylko ciała szklistego, ale nawet samego dna oka. Jak dotąd, co prawda, możność takiej mikrooftalmoskopji ogranicza się do środkowej części siatkówki i naczyniówki tj. do plamki żółtej i jej okolicy wraz z tarczą nerwu wzrokowego. Ale i to już jest zdobycz wielka. I tutaj nie można się obejść bez owego zwierciadełka (ryc. 4. Z), które wpuszcza

Rycina 4.



do oka wiązkę świetlną tuż obok osi mikroskopu (M). I tutaj konieczne jest użycie szkiełka nasadkowego (N), które przyłożone ściśle do rogówki, znosi niejako optycznie jej wypukłą powierzchnię i zastępuje ją swoją płaską powierzchnią przednią. Stwarza ono w ten sposób w oku badanem stan hypermetropji bardzo wysokiego stopnia, dzięki czemu oświetlamy i oglądamy szczegóły dna oka (D) tak, jakby się one znajdowały tuż za tylną powierzchnią soczewki (D_1).

* * *

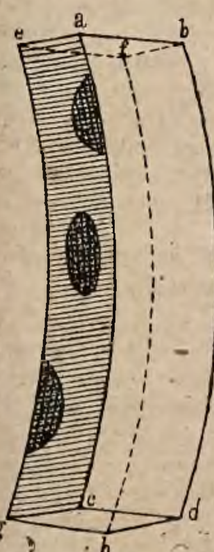
Przedstawiwszy tak w ogólnikowych zarysach budowę przyrządów i technikę badania, zastanówmy się z kolei nad tem, co nam daje mikroskopja *in vivo* w porównaniu z mikroskopją zwyczajną, używaną w histologji normalnej i w histopatologji i czem się od niej odróżnia.

Pierwszą zasadniczą różnicę znajdujemy już w sposobie oświetlenia. W zwykłym mikroskopie światło odbite od lusterka przechodzi przez preparat, zanim padnie na soczewkę objektywu. Oglądamy zatem preparat diaskopijnie. Przeciwnie światło lampy szczelinowej rzucamy na oko badane z boku pod mniejszym lub większym kątem do kierunku obserwacji czyli do osi mikroskopu, do objektywu zaś dostaje się światło od żywych tkanek oka odbite. To też najlepiej widzimy te części, które są najmniej przeźroczyste. Oglądamy zatem tkanki żywe episkopijnie, przynajmniej przeważnie episkopijnie. Wyjątkowo tylko, badając w tak zwanem ciemnem polu, widzimy części nieprzeźroczyste i mało przeźroczyste jako plamy i cienie czarne, lub ciemne w świetle przepuszczonem, przy czem pamiętać należy, że jest to oczywiście światło również odbite, ale odbite nie od tkanek oglądanych, lecz od tkanek głębiej położonych, na których skupiliśmy ognisko lampy Gullstranda. Tkanki te, tęczówka lub zaćmiona soczewka, odgrywają tu tę samą rolę, tylko o wiele mniej doskonale, co lusterko umieszczone pod stolikiem mikroskopu. W tych warunkach diaskopijnie oglądane szczegóły nabierają zazwyczaj zabarwienia zależnego od barwy tęczówki, tak np. złogi na tylnej ścianie rogówki widzimy w kolorze żółtomosiężnym lub brązowym, jeżeli tęczówka jest piwna, a w kolorze stalowoszarym lub niebieskawym, jeżeli tęczówka

jest niebieska. Tam, gdzie szczegóły zupełnie nieprzeźroczyste występują jako plamy czarne, widzimy je w półcieniu zabarwionym odpowiednio do koloru tęczówki.

W rogówce wiązka świetlna lampy Gullstranda wycina niejako pryzmat jasno rozświetlony i ostro odcinający się od ciemnego otoczenia. Rycina 5. przedstawia kształt takiego pryzmatu. Powierzchnia a b c d jest częścią przedniej powierzchni rogówki, powierzchnia e f g h częścią tylnej powierzchni rogówki, obie zaś powierzchnie boczne e a g c i b f d h są optycznemi przekrojami miąższu rogówkowego. Jeżeli np. badamy rogówkę lewego oka i rzucamy na nią światło od skroni, wtedy przekrój wykreskowany a e g c jest bardziej dostępny badaniu, niż przekrój b d f h, który jest przesłonięty rozjaśnionym miąższem rogówki, odbijającym dużo światła. W obrębie tego jasnego pryzmatu możemy swobodnie rozpatrywać części składowe rogówki, widzimy system przestrzeni chłonnych, nadający całemu pryzmatowi marmurkowanie białawe na tle szaroniebieskawem, widzimy prostolinijnie przebiegające i widlasto rozgałęziające się, śnieżno białe włókna nerwowe, a przy odpowiedniem powiększeniu możemy oglądać w przypadkach patologicznych całe mnóstwo innych szczegółów. Przekrój wykreskowany a e c g ułatwia nadto znakomicie rozpoznanie umiejscowienia zaćmień rogówkowych. Z trzech ciemnych plam, przedstawionych dla przykładu w obrębie tego przekroju na ryc. 5., rozpoznajemy odrazu, że jedna odpowiada zaćmieniu powierzchownemu, druga zaćmieniu położonemu w warstwach średnich, a trzecia zaćmieniu w tylnej warstwie, najgłębszej.

Rycina 5.

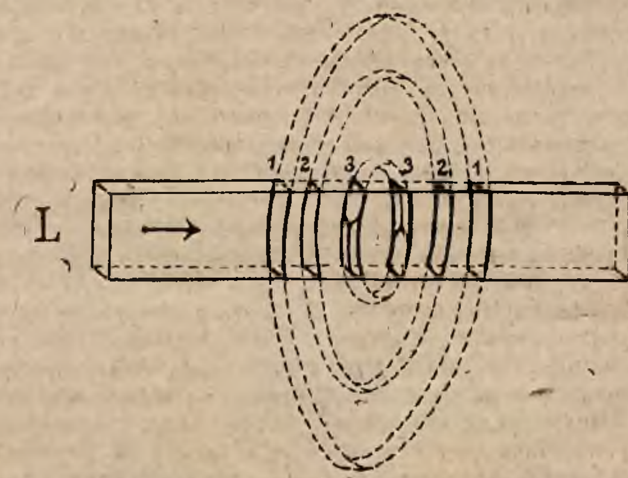


W dalszym ciągu wiązka szczelinowa, która rozświetliła opisany pryzmat w rogówce rzuca jasną, linijną smugę pionową na powierzchnię tęczówki. Między rogówką a tęczówką niknie zupełnie wiązka świetlna, o ile tylko ciecz wodna jest przeźroczysta; w tym razie bowiem przednia komora stanowi niejako próżnię optyczną, jest przestrzenią optycznie pustą. Najsłabsze jednak zmętnienie cieczy wodnej, czyto od przymieszki krwi, czy od ciałek wypocinowych, zdradza się natychmiast w świetle lampy szczelinowej tem, że wiązka świetlna staje się widoczną i przeszywa. jakby jasna szpada, przednią komorę od oświetlonego przekroju rogówki do owej linijki ogniskowej na tęczówce. Tę jasną szpadę widać wtedy doskonale także gołem okiem bez mikroskopu. Jestto to samo zjawisko, jakie spostrzegamy, gdy do ciemnego pokoju wpada przez otwór w okiennicy promień słońca, w którym rozbłyskują miljony pyłków zawieszonych w powietrzu. Gdyby tych pyłków nie było, gdyby powietrze było doskonale przeźroczyste, czyli optycznie próżne, tobyśmy prawdopodobnie tego snopu światła wpadającego do ciemnej izby wcale nie widzieli. Widzielibyśmy tylko jasny otwór w okiennicy i jasne kółko na podłodze.

Długość tej jasnej smugi między oświetlonym przekrojem rogówki a jasnym paskiem na tęczówce lub też długość przerwy we wiązce świetlnej między rogówką a tęczówką względnie soczewką (jeżeli ciecz wodna nie jest zmętniona) zależy w prostym stosunku od głękokości przedniej komory w danem miejscu. To też, starając się o to, ażeby wiązka świetlna padała stale w tym samym kierunku np. w kierunku prostopadłym do powierzchni tęczówki i przesuwając ją po całej przedniej komorze, możemy z wielką dokładnością oceniać, niejako optycznie sondować w różnych miejscach jej głębokość.

Podobnie jak w rogówce wytwarza wiązka lampy szczelinowej i w prawidłowej soczewce jasne pasmo przebiegająee od przedniej torebki aż po tylną. Dopiero poza soczewką smuga się urywa, ponieważ przednia część ciała szklistego, przynajmniej tak zwane *spatium retrolentale*, przedstawia znowu optyczną próżnię. Dopiero głębsze części ciała szklistego zawierają składniki odbijające światło, ale, aby je dosięgnąć lampą szczelinową i mikroskopem, trzeba zastosować osobną technikę badania. Wiązka świetlna (ryc. 6. L) przeszywająca soczewkę odsłania nam w niej, już w stanie prawidłowym, całe mnóstwo szczegółów. Ponieważ uwidacznia ona szereg powierzchni, rozdzielających warstwy miąższu soczewkowego o rozmaitych współczynnikach załamania, przeto możemy się tym optycznym przekrojem soczewki posługiwać do określania położenia zmian chorobowych, a więc przedewszystkiem zaćmień. I tak na rycinie 6 widzimy, jak wiązka świetlna L, przechodząc przez całą grubość soczewki, pokazuje nam obie jej zewnętrzne powierzchnie, przednią i tylną (1 i 1), przednią i tylną powierzchnię jądra starczego (2 i 2), a wreszcie przednią i tylną powierzchnię jądra embrjonalnego (3 i 3). Wszystkie te powierzchnie występują z miąższu soczewkowego wyraźniej dlatego, że więcej światła odbijają, niż warstwy pomiędzy niemi położone.

Rycina 6.



Pryzmatyczne wycinki, jakie oświetla wiązka szczelinowa, zwłaszcza w rogówce i w soczewce, przypominają nam poniekąd nasze skrawki mikrotomowe. Przez stopniowe przesuwanie światła wycinamy kolejno coraz to nowe przekroje optyczne rogówki, względnie soczewki, co razem wytwarza coś w rodzaju serji skrawków, które po kolei rozpatrujemy. Różnica polega tylko na tem, że skrawki mikroskopowe oglądamy na szkiełku przedmiotowem w kierunku prostopadłym do ich płaszczyzny, a na nasze skrawki biomiskroskopowe patrzymy z ukosa, a więc w kierunku zgoła niezwykłym.

W histologicznem badaniu barwienie komórek i tkanek ułatwia nam niezmiernie orjentację i wydobywa mnóstwo szczegółów inaczej nie dostrzegalnych. Inna rzecz, czy nie zmienia ono równocześnie stosunków strukturalnych. Proszę sobie pomyśleć np. preparat z ciała szklistego. Sądzę, że żaden histolog niema najmniejszych złudzeń co do tego, że proceder utrwalania i barwienia psuje i zmienia niesłychanie delikatną strukturę tego misternego tworu anatomicznego. Żywe tkanki oka oglądamy z reguły niezabarwione, ale też i niezmienione. Wiadomo jednak, że i tutaj w pewnym zakresie istnieje możność barwienia żywych komórek. W okulistyce od dawna posługujemy się fluoresceiną do wykazywania na rogówce ubytków nabłonkowych, które się barwią pięknie zielono. Oczywiście tak zabarwione miejsca możemy wygodnie rozpatrywać pod mikroskopem rogówkowym w świetle lampy szczelinowej. Fluoresceiną posługujemy się także przy badaniu rogówki w świetle szczelinowem przy nieuszkodzonym nabłonku. Zabarwiamy mianowicie tylko wydzielinę łzową przez zapuszczenie kropli roztworu fluoresceiny do worka spojówkowego. Zabarwiona zielono warstewka płynu na powierzchni rogówki pozwala nam wtedy dokładnie wyróżnić przednią powierzchnię owego oświetlonego pryzmatu wykrojonego w rogówce przez wiązkę świetlną, mianowicie powierzchnię a b c d. Wtedy i krawędź a c występuje nadzwyczaj wyraźnie, przez co i powierzchnia przekroju a e c g ostro się ogranicza, z na tymto właśnie przekroju, o ile jego przednią granicę widzimy wyraźnie, możemy najlepiej rozpo

znać położenie co do głębokości miąższowych zaćmień rogówki.

Do celów biomikroskopji zastosowali w ostatnich czasach szwajcarscy badacze Knüsel i Vonwiller barwiki, używane, o ile mi wiadomo, także do badań biologicznych i zoologicznych, mianowicie 1% czerwień neutralną, 5% błękit błyszczący *(bleu brillant)* i błękit metylenowy w roztworze 1%. Roczyny te zapuszcza się do oka co dwie godziny. Po 6 zakropleniach 1% czerwieni neutralnej spojówka gałkowa, zwłaszcza po stronie nosowej, przybiera makroskopowo odcień różowy. Po dalszych 6 zakropleniach nabiera ona barwy czerwonej. Poźniej barwi się także i nabłonek rogówki, zwłaszcza w 2/3 dolnych częściach. Wtedy mikroskop w świetle lampy Gullstranda wykazuje niezliczone czerwone wysepki, które zaledwie dochodzą wielkości krwinki czerwonej. Są to zabarwione komórki nabłonka rogówkowego, jakoteż powierzchowne warstwy spojówki. Powszechnie uważa się zabarwienie jądra komórki za objaw śmierci komórki. Otóż przy użyciu silniejszych powiększeń można tutaj znaleźć poszczególne komórki z zabarwionem jądrem. Są to komórki obumarłe, złuszczające się. Mamy zatem obraz fizjologicznej odnowy nabłonka na powierzchni gałki ocznej. W przeważnej atoli większości zabarwione są tylko ciała komórkowe, a jądra pozostają bezbarwne, te zatem komórki musimy uważać za żywe. Szczególnie dobrze na rogówce ludzi starszych barwi się nabłonek w obrębie tzw. łuku starczego.

Zapomocą błękitu metylenowego, który podobnie jak błękit błyszczący barwi tkanki elektywnie, dają się wykazać *in vivo* naczynia chłonne w spojówce i pięknie barwią się włókna nerwowe, tak w spojówce, jak i w rogówce, a także ich kolbkowate zakończenia.

Zastosowanie takiej intrawitalnej metody barwienia otwiera przed nami wdzięczne pole do badań z zakresu patologji ocznej, z góry bowiem można przewidywać, że tkanki chorobowo zmienione będą okazywały zmienioną, wzmożoną lub osłabioną barwliwość lub też większe powinowactwo do jednych, a słabsze do innych barwików.

Tu zwrócić należy uwagę, że nasze binokularne mikroskopy, służące do oglądania żywych tkanek oka, dają co najwyżej 108-krotne linearne powiększenie. Jest to co prawda powiększenie nie do pogardzenia i pozwala nam bardzo głęboko wniknąć w budowę prawidłowego oka i w histopatologję chorób ocznych, ale jest ono jeszcze bardzo skromne w porównaniu z powiększeniami, jakiemi przy pomocy immersji posługuje się nowoczesna histologja i bakterjologja.

Ponad wyżej wymienionemi różnicami, jakie z natury rzeczy zachodzą między mikroskopowaniem *in vivo*, a sporządzaniem i oglądaniem martwych barwionych preparatów mikroskopowych, góruje przedewszystkiem ta sama różnica, jaka istnieje między sekcją zwłok, a klinicznem badaniem chorego.

Oko żywe jest w ciągłym ruchu. Nawet bardzo spokojne osoby nie są w stanie wstrzymać się od drobnych ruchów i drgnień, mimo, że im polecamy drugiem okiem wpatrywać się w pewien przedmiot np. w małą czerwoną lampkę żarową. W oku zaś porusza się nieustannie tęczówka, źrenica zwęża się i rozszerza. Mikroskop wyolbrzymia wszystkie te ruchy, powiększa ich szybkość i amplitudę. Jeśli się do tego doda mrużenie z powodu światłowstrętu i zaciskanie powiek, które co chwila zasłaniają rogówkę rzęsami, łzawienie, nieraz wydzielinę, nitki śluzu spływające po oku, to zrozumieć można, że wszystko to razem utrudnia w wysokim stopniu badanie, które nawet w najlepszych warunkach jest dosyć mozolne, wcale nie łatwiejsze od oftalmoskopji, i wymaga długiego, technicznego przygotowania i wyszkolenia.

Zakres, w jakim możemy stosować mikroskopję *in vivo*, po szczęśliwem przezwyciężeniu wszystkich wyżej wymienionych trudności, jest z natury rzeczy w pewnych kierunkach ciaśniejszy, niż zakres zwyczajnej mikroskopji histologicznej, ale zato w innych kierunkach jest raczej obszerniejszy.

I tak, robić skrawki, sporządzać preparaty i barwić je możemy tylko z gałek ocznych wyjętych. W najciekawszych przypadkach patologicznych, jeśli oka nie mamy prawa poświęcić, zmuszeni jesteśmy wyrzec się korzyści, jakie nam zapewnia badanie mikroskopowe. Ale zato, skoro mamy do dyspozycji oko enukleowane, to możemy je badać w całości, nie pomijając żadnej jego cząstki. Dla biomikroskopji dostępne jest każde oko żywe. Wyjątek stanowią chyba tylko przypadki bardzo silnego światłowstrętu, gdzie chory nie może znieść blasku skoncentrowanego światła lampy szczelinowej. Prócz tego niekiedy zmuszeni jesteśmy broń złożyć wobec małych dzieci, które nie dadzą się skłonić do spokojnego zachowania się podczas badania. Poza tem każde oko żywe nadaje się do mikroskopji w świetle lampy szczelinowej, ale zato nie jest ono w całości dostępne badaniu. Barjerę nieprzekraczalną stanowi nieprzeźroczysta, w świetle Gullstranda oślepiająco biała twardówka, nieprzebitą zasłonę tworzy tęczówka, czarną warstwą barwikową podszyta. Oczywiście silne zaćmienie rogówki lub soczewki, krew lub ropa w przedniej komorze, to także przeszkody uniemożliwiające badanie części głębszych. Badanie dna oka przy pomocy szklanych nasadek Koeppego daje się, jak wiadomo, przeprowadzić również w ciasnych tylko granicach.

Wogóle można powiedzieć, że mikroskopja żywego oka, jakkolwiek może nam oddać nieocenione usługi i bez przesady stanowi w postępach okulistyki może równie potężny krok naprzód, jak wynalezienie przez Helmholtza wziernika ocznego, to jednak nikomu na myśl nie przyjdzie twierdzić, że lampa szczelinowa może zastąpić lub wyrugować histologiczne badanie wyciętych tkanek. Przeciwnie musimy przyznać, że mikroskopja *in vivo* odsłania nam niejednokrotnie obrazy niejasne i niezrozumiałe, dające się w różny sposób interpretować, stawia przed nami zagadki tak, że dla ich rozwiązania bywamy zmuszeni uciekać się, gdzie tylko to jest możliwe, do histologicznego badania preparatów czyto z tych samych, czy z analogicznych przypadków chorobowych. Innym razem mikroskopja *in vivo* daje nam możność kontrolowania i sprawdzania faktów poznanych drogą badań histologicznych. Jednem słowem biomikroskopja i histologja- to dwie siostrzyce, które wcale nie rywalizują ze sobą, lecz się poniekąd uzupełniają i wzajemnie się wspomagają.

Interpretacja mikroskopowych obrazów żywych tkanek oka nie jest bynajmniej łatwa, wymaga ona osobnego doświadczenia i pewnego zasobu szczegółowych wiadomości, bez których nie łatwo ustrzec się pomyłek. Weźmy np. pod uwagę jedną tylko, co prawda kapitalną własność niektórych tkanek oka, mianowicie ich przeźroczystość. Otóż w świetle lampy szczelinowej i pod mikroskopem zauważyć możemy ciekawe zjawisko, że te części oka, które makroskopowo wydają się nam bardzo przeźroczystemi, jak rogówka, soczewka, ciało szkliste, w znacznem powiększeniu i w silnem świetle szczelinowem odbijają tak dużą ilość promieni, że robi to wrażenie dość wysyconego zaćmienia ich miąższu. Prawidłowa rogówka wygląda w świele lampy Gullstranda prawie tak, jak się dla gołego oka przedstawia *keratitis parenchymatosa!* Naodwrót inne tkanki, jak np. spojówka lub wierzchnie warstwy tęczówki, które dla nieuzbrojonego oka wydają się nieprzeźroczyste lub mało przeźroczyste, przy silnych powiększeniach, w świetle Gullstranda, nabierają dziwnej przejrzystości i nadspodziewanie pozwalają do pewnego stopnia wejrzeć w głębiej położone tkanki. Choćby już z tego powodu trzeba się mieć na baczności, aby obrazów biomikroskopowych nie interpretować błędnie.

Przedewszystkiem trzeba sobie z góry powiedzieć, że mikroskopja żywego oka nie może być jedyną ani główną podstawą djagnostyki okulistycznej, a jest tylko jej udoskonaleniem i bardzo cennem uzupełnieniem. Niebezpieczną byłoby rzeczą chorego, który się do nas zgłasza, prowadzić odrazu do lampy szczelinowej i chcieć w jej świetle pod mikroskopem rozpoznać chorobę. Niejednokrotnie może się nam udać, że poznamy *ex ungue leonem*, ale bezwarunkowo nie powinno się z tego robić reguły postępowania. Lampa Gullstranda odsłania nam, zwłaszcza przy silniejszych powiększeniach, takie mnóstwo drobnych szczegółów i to w tak małych i wązkich skrawkach optycznych, że tą drogą trudno jest zdobyć sobie pogląd na całość obrazu chorobowego. Jeżeli gdzie, to tu sprawdza się wybornie niemieckie przysłowie: »Vor lauter Bäumen sieht man den Wald nicht«. Jest rzeczą konieczną zbadać oko najpierw dotychczasowemi,

klasycznmi sposobami, obejrzeć je makroskopowo w świetle dziennem, w zwyczajnem oświetleniu ogniskowem, zapomocą wziernika itd. Dopiero po szczegóły udać się trzeba z chorym do lampy Gullstranda, lub dla rozwiązania pewnych wątpliwości albo dla bliższego poznania charakteru schorzenia. Nie chcę przez to powiedzieć, żeby lampa szczelinowa i mikroskop nie obalały niekiedy naszego rozpoznania makroskopowego lub żeby nie dawały nam możności rozpoznania wczesnego pewnych schorzeń, które dla zwyczajnych metod badania niczem się jeszcze nie zdradzają. Dla przykładu przytoczę jaskrę, zwłaszcza jaskrę prostą, którą zdaniem Koeppego, jeszcze przed wystąpieniem pierwszych zwiastunowych objawów w świetle lampy szczelinowej możemy rozpoznać po rozsianiu (dyspersji) barwika pochodzącego z *tapetum nigrum* tęczówki i z ciała rzęskowego i rozsypanego po przedniej powierzchni tęczówki i po zatoce obwodowego kącika przedniej komory. Obraz mikroskopowy jest bardzo charakterystyczny i uderzający. Cała tęczówka jest jakby cynamonem lub proszkiem tabaki gęsto posypana. Makroskopowo, ani przez zwyczajną lupę, nic z tego nie widać. Koeppe oznacza ten wczesny okres jaskry, w którym poza dyspersją barwika żadnych jeszcze niema objawów chorobowych, nazwą *praeglaucoma*. Rzecz wymaga, co prawda, dalszych jeszcze dokładnych spostrzeżeń, bo zdania co do djagnostycznego znaczenia dyspersji barwika są jeszcze podzielone, ale sam fakt jest zupełnie nowy i bardzo ciekawy. Inny przykład objawu, który można wykryć jedynie w świetle lampy szczelinowej, to tęczowe barwy cienkich blaszek, jakie występują w obrębie pola zwierciadlanego tylnej powierzchni soczewki, w okolicy biegunowe, prawie w każdym bez wyjątku przypadku rozpoczynającej się zaćmy powikłanej (*cataracta complicata consecutiva*), w przeciwieństwie do zaćmy starczej, która tego objawu nigdy nie wykazuje.

Nie mam jednak zamiaru i nie mogę wdawać się na tem miejscu w omawianie mikroskopowej anatomji i histopatologji poszczególnych błon i części składowych żywego oka ludzkiego i jego przydatków. Te, dla przykładu tylko, z bogatego już skarbca biomikroskopowych spostrzeżeń wyjęte szczegóły, niech czytelnikowi wystarczą do wytworzenia sobie pojęcia o znaczeniu i doniosłości tych nowych metod badania dla rozwoju i dla przyszłości okulistyki. Na zakończenie pragnę tylko poruszyć jeszcze kwestję ewentualnego zastosowania lampy szczelinowej w innych dziedzinach medycyny i przyrodoznawstwa. Nie ulega wątpliwości, że oko dzięki przeźroczystości swych tkanek stanowi najlepszy, wprost idealny przedmiot dla badań biomikroskopowych, ale, ponieważ i ono posiada części nieprzeźroczyste, względnie mało przeźroczyste, i części te oglądamy w świetle Gullstranda episkopijnie, więc myśl jest blizka, żeby tak samo episkopijnie mikroskopować inne części ciała ludzkiego, jak np. skórę lub błony śluzowe w stanie prawidłowym, jakoteż w stanach patologicznych. Co do skóry to, o ile wiem, pewne próby w tym kierunku zostały już podjęte (Hess, Dermatologische Zeitschrift T. 36. zeszyt 2. 1922). Oczywiście takich wyników, jak w okulistyce, nie można się tutaj spodziewać, ale zdaje mi się, że pewne usługi może biomikroskopja oddać także dermatologowi. Diaskopijnej metody, podobnie jak w okulistyce, możnaby, zdaniem mojem, używać z powodzeniem i zapewne z wielkim pożytkiem w embrjologji. Tu biomikroskopja ułatwiłaby niewątpliwie np. studjum rozwoju zapłodnionego jaja, zwłaszcza dalszych okresów rozwoju płodowego, gdzie powstają już liczne warstwy, nie dające się w całości oglądnąć pod zwyczajnym mikroskopem. Zapewne także w zoologji, zwłaszcza w zoologji najniższych zwierząt, a może i w botanice, w anatomji i fizjologji roślin, lampa szczelinowa Gullstranda, przy użyciu odpowiednich mikroskopów, pozwoliłaby podpatrzeć zjawiska i procesy życiowe, których martwy preparat mikroskopowy zupełnie nie jest zdolen odzwierciedlić.

Dr. M. WIERZUCHOWSKI. Kraków.

W odpowiedzi Dr. A. Puławskiemu w sprawie pracy mojej pt „Febris quintana chronica". (P. G. L. Nr. 9—10 1923).

Pracy Dr. A. Puławskiego o tej samej jednostce chorobowej nie mogłem wymienić, gdyż rękopis mój posłałem do druku przedtem, zanim ukazała się praca Dr. A. Puławskiego. Jeżeli wogóle tak bardzo chodzi o nazwę tej choroby to nazwa »piątaczka« o tyle jednak «odpowiada rzeczywistości«, że stara się oprzeć na jednej z najbardziej charakterystycznych cech tejże rzeczywistości, albowiem, jak w omawianej pracy wspomniałem, występowanie gorączek co pięć dni w jakiejś epidemji, pozwala ją rozpoznać, jako epidemję piątaczki, a obecność tylko napadowej gorączki i bólów nie pozwala na to. Zatem nazwa »piątaczka« jest tu oparta na cesze istotnej, związanej z przyczyną choroby — na najczęstszym typie rozwoju zarazka, typie niesłychanie wyodrębniającym go od innych, — cyklu pięciodniowym rozwoju. Najmniej zaś odpowiada rzeczywistości nazwa »t. zw. gorączki wołyńskiej«, którą Dr. A. Puławski podaje w nagłówku swej pracy, z powodów przytoczonych w mej pracy. O roli wszy w patogenezie choroby jest mowa wielokrotnie w mojej pracy, a najważniejsze słowo o tej roli wypowiedział nie Herringham w swoim fejletonowo ujętym artykule w »Presse Médicale«, ale potężny, zbiorowy wysiłek amerykańskiej Komisji Czerwonego Krzyża pod kierunkiem słynnego Strong'a.

Dr. HINZE, prym. Państw. Szpit. p. Rzeszów.

Wrodzony niedorozwój sutka lewego.

Zupełny brak gruczołów sutkowych *(amastia)*, jakoteż brak jednostronny należą do rzadkości. Najczęściej braki te łączą się z innemi wadami rozwojowemi z zakresu układu płciowego. Częściej już zdarza się, że gruczoł sutkowy u kobiet pozostaje w stanie niedorozwoju (*mikromastia)*.

Taki niezwykły przypadek niedorozwoju lewego sutka, u osobnika zresztą dobrze rozwiniętego pod innemi względami, miałem sposobność obecnie spostrzegać.

Osoba ta, około lat 18 licząca, uskarżała się na ogólne osłabienie i obfite miesiączkowanie. Jako szczegół uboczny podała, że »brakuje« jej lewego sutka. Bliższe badanie wykazało po lewej stronie obecność jedynie brodawki sutkowej, oraz brak gruczołu sutkowego — tak że lewa strona przedstawiała się, jak u szczupłego mężczyzny, podczas gdy sutek po stronie prawej był wielki, zwisający i doskonale rozwinięty



Na załączonej fotografji widać ponadto obfite barwikowe zabarwienie brodawki sutkowej i jej otoczki po stronie prawej oraz rozległe zmiany barwikowe w okolicy nierozwiniętego sutka lewego.

Oceny i sprawozdania.

E. Nobel. **Odżywianie zdrowych i chorych dzieci na podstawie systemu żywienia Pirqueta.** Nakł. Rikola, Wiedeń, Lipsk, Monachjum 1923. Na 71 stronach podaje N. w streszczeniu układ żywienia według Pirqueta, opatrując tekst licznemi krzywemi. Broszura, przeznaczona dla lekarzy, uwzględnia krótko żywienie osesków zdrowych i chorych na zaburzenia odżywiania, zaś u dzieci starszych zajmuje się temi stanami chorobowemi, na które można wpływać leczniczo sposobem żywienia.

Hans Much. **Gruźlica dziecięca, rozpoznanie i leczenie.** Nakł. Kabitzsch, Lipsk 1923. str. 74. Wychodząc z założenia, że gruźlica u osób dojrzałych rozwija się z ognisk, powstałych w wieku dziecięcym, uważa autor, że zwalczanie gruźlicy polegać musi na leczeniu zakażeń świeżych. Zmiany gruźlicze usadawiają się u dzieci najczęściej w gruczołach chłonnych okołotchawiczych i okołooskrzelowych. Rozpoznanie tej postaci polega na stwierdzeniu dodatniego odczynu tuberkulinowego i t. zw. objawów kręgosłupowych (objaw szeptania d'Espinea, przytłumienie na kręgosłupie), oraz na obrazie rentgenowskim. W rozpoznaniu upewniają często towarzyszące zmiany swoiste, jak tuberkulidy, rumień stwardniały, liszaj zołzowy, rumień guzowaty, pryszczyki spojówkowe. Objawy te są przeważnie następstwem zmian w gruczołach śródpiersia, dlatego leczenie musi przedewszystkiem uwzględniać ogniska pierwotne w gruczołach okołooskrzelowych. Leczenie polega na zwiększeniu odporności zapomocą szczepienia swoistego (partigeny). Bezpośrednie działanie na miejsca chorobowo zmienione jest możliwe filtrowanemi promieniami rentgenowskiemi. Jako środki pomocnicze wchodzą w grę silne kąpiele solankowe, miesienie, wewnętrznie wapień, jod, fosfor i krzem. Dla dzieci słabych lampa kwarcowa, umiarkowane leżenie (dwie godziny po obiedzie) a w sprzyjających warunkach pobyt w klimacie górskim lub nadmorskim. wb.

Hans Much. **Kindertuberkulose, ihre Erkennung und Behandlung.** 3—5 Wydanie. Nakład. Curt Kabitzsch 1923. Str. 74.

Coraz częściej ukazujące się pod powyższym tytułem książki i broszury należy uważać za fakt wyraźnego już postępu w zapatrywaniach na tę plagę społeczną, jaką stanowi gruźlica. To zdanie bowiem, że gruźlica jest chorobą wieku dziecięcego, które do niedawna wypowiadali odosobnieni badacze, uznają już wszyscy a liczne rozprawy na powyższy temat służą nietylko do wyświetlania tych zapatrywań, ale przedewszystkiem skierowują walkę z tą chorobą powszechną w innym, niż dotychczas, kierunku. Słusznie więc zwraca autor uwagę, że podejmowanie tej walki, jak to dotąd bywa, tylko ze względu na chorych dorosłych, znaczy tyle, co dopuszczenie do ciężkiej już choroby, postaci najczęstszej w tym właśnie wieku, zamiast stawiania jej czoła wówczas, gdy jest ona jeszcze chorobą lekką, ograniczoną do tkanki gruczołowej i uleczalną, t. j. w wieku dziecięcym. Gruźlicę chętnie porównywa się z kiłą, czyż jednak znalazłby się lekarz-syfilidolog, któryby zrzekłby się leczenia kiły w jej najwcześniejszym t. j. pierwszym, czy drugim okresie? A jeśli mimo wszystko dzieje się inaczej, to przyczyna tego stanu jest dwojaka: Po pierwsze strach rodziców przed samą nazwą cierpienia, którzy niechcą słyszeć tego słowa, a powtóre winni są sami lekarze, lekceważąc konieczność leczenia gruźlicy gruczołowej wieku dziecięcego a podkreślając, co najwyżej, znaczenie zapobiegania tej chorobie. Dla tych jednak, co, posługując się nowoczesnemi środkami, chcą leczyć zakażone dziecko, omawiana książeczka służyć ma praktyczną radą i przepisem. Z praktyki bowiem, wedle autora, wyszła i dla praktyki. W tem też jej społeczna wartość.

Zwięźle i pouczająco przedstawione są drogi zakażenia, usadowienie się pierwszych zmian anatomicznych, siły obronne ustroju i rezultat zmagań się dwóch czynników, t. j. ustroju i zarazka. Dalej omawia autor biologiczne próby rozpoznawania schorzenia, kliniczne objawy postaci gruczołowej, tego najważniejszego rozdziału patologji dziecięcej, a wreszcie zmiany w innych narządach. Rokowanie w tej chorobie stanowi, zdaniem autora, »jeden z najsmutniejszych rozdziałów ludzkiej niewiedzy«. Mówi się wprawdzie, że im zakażenie nastąpi później, tem widoki wyleczenia są lepsze, taki jednak pogląd jest tylko pozorny, albowiem różnica późniejszego zakażenia polega na tem, że w tym okresie jest ona tylko powolniejsza i nie uleczenie jej następuje, ale właściwie przejście w stan utajenia. Późniejsze zachorowania są to prawie zawsze nawroty choroby z lat wcześniejszych. Jasno a przedewszystkiem z logiczną ścisłością wysnuwa autor nakazy lecznicze. Wszędzie więc tam, gdzie u dziecka padnie rozpoznanie dokonanego zakażenia, należy leczyć jak najwcześniej przedewszystkiem pierwsze ognisko, a to zaś uleczone daje dopiero prawdziwą odporność. Jako biolog, znany z licznych na tem polu prac, uzupełnia autor ogólnie znane poglądy własnemi, stawiając nowe hypotezy. Na tej drodze jednak kroczy on własnemi ścieżkami i częstokroć w zupełnem osamotnieniu. Jego idea o partialantygenie i jego zastosowaniu praktycznem (n. p. wczesne stwierdzanie gruźlicy prosówkowej) jako pomysł zbyt sztuczny, teleologiczny, usposabia sceptycznie. Z zapatrzenia jednostronnego powstał zapewne zawiły gmach o znaczeniu leczniczem antilipoidów tłuszczowych, roli poszczególnych partigenów i t. d. Te i tym podobne zapatrywania nie jednają mu zwolenników nawet we własnej ojczyźnie, co z kolei rzeczy przyprawia autora o gorycz rozczarowania, a czego wyraz niejednokrotnie spotyka się w powyższej rozprawie.

Dobrze znaną pod względem klinicznym skazę wysiękową nazywa autor asylum ignorantiae, gdy tymczasem, zdaniem jego, jest to schorzenie układu współczulnego. Objaśnienie takie nie zadowala, nie jest bowiem niczem innem, jak podstawianiem jednej niewiadomej drugą. Książeczkę omawianą można w każdym razie polecić jako bardzo pożyteczną, zawierającą wszystko, co dotyczy tego tematu.

St. Progulski (Lwów).

M. Pappenheim: **Die Lumbalpunktion.** Wiedeń. 1922. Nakład Ricola.

Pomimo, że istnieje wiele obszernych publikacyj o nakłuciu lędźwiowem, postanowił autor opracować ponownie ten temat, gdyż doświadczenie pedagogiczne pouczyło go, że wielu lekarzy, posługując się w praktyce w szerokim zakresie nakłuciem lędźwiowem, wykonuje pojedyńcze odczyny zupełnie nieodpowiednio. Autor zwrócił szczegółową uwagę nietylko na odczyny dostępne dla lekarza praktyka, ale zajął się również opisem i wytłumaczeniem sposobów ściśle pracownianych, jak odczynu Wassermanna i odczynu hemolitycznego, znajomość bowiem tych odczynów i ich ocenę uważa za rzecz niezbędną dla lekarza. Stosunki anatomiczne i fizjologiczne, wytwarzanie się płynu i wessanie, opisane są bardzo szczegółowo i jasno, również sprawa ciśnienia w płynie, jego znaczenie i sposoby badania. Sposoby badania elementów komórkowych w płynie, sposoby chemicznego badania białka i globulin opisane są nie tylko w klasycznej swej postaci, ale także wszelkie ich odmiany są szczegółowo uwzględnione.

Przy ocenie sposobów badania uwzględnia autor w szerokim zakresie tło fizjologiczne, chemiczne i patologiczne. Rozdziały o odczynie Wassermanna i sposobach koloidalnych należą do napisanych najbardziej zajmująco. W końcowych 2 rozdziałach omawia autor rozpoznawcze znaczenie nakłucia w różnych postaciach zapalenia opon mózgowych, w schorzeniach zakaźnych i niezakaźnych ośrodkowego układu nerwowego, również znaczenie nakłucia dla celów leczniczych, przyczem sprawa kiły i sposoby leczenia dolędźwiowego dostatecznie są uwzględnione.

Ze względu na niezwykle przejrzyście i jasno opisane dane, dotyczące tak strony technicznej, jak i znaczenia nakłucia lędźwiowego, monografję powyższą śmiało zaliczyć można do najlepszych, jakie w tym zakresie w ostatnich latach się ukazały, a z przestudjowania jej odnieść można znaczne korzyści. *F. Walter* (Kraków).

L. Arzt. **Frühdiagnose und Frühtherapie der Syphilis.** Podręcznik dla lekarzy i uczniów. Str. 84, tabl. 3. Rikola, Wiedeń 1923.

Dla ustalenia pojęcia wczesnego leczenia kiły autor zestawia na wstępie w tabliczkach poglądowych podział okresu pierwszorzędnego na okres wylęgania pierwszy — do wystąpienia zmiany pierwotnej — i drugi — do wystąpienia pierwszej osutki; obok tego podziału klinicznego daje podział powszechnie dziś przyjęty na okres pierwszorzędny prawdziwy z odczynem Wa ujemnym i okres pierwszorzędny późny z odczynem Wa dodatnim. Podział ten służy za podstawę określenia, co należy rozumieć pod nazwą leczenia poronnego; i tutaj autor wprowadza klasyfikację szczegółową na leczenie poronne w ogólnem znaczeniu, leczenie poronne właściwe przy stale ujemnym odczynie Wa, leczenie niesłusznie zwane poronnem przy dodatnim odczynie Wa. i leczenie poronne w najściślejszem tego słowa znaczeniu, t. j. takie, które się rozpoczyna przed 6 tygodniem po zakażeniu. Drobiazgowe uwzględnienie różnorodnych zapatrywań na te nazwy i pojęcia niezbyt się coprawda przyczynia do jasnego i zdecydowanego przedstawienia sprawy leczenia poronnego, ale ma zaletę dokładności, zaletę, która cechuje całą książkę. Przy omawianiu wczesnego rozpoznania kiły autor główną wagę kładzie na rozpoznanie etjologiczne i, podając metody wykazywania krętków, opisuje bardzo szczegółowo różne modele kondensorów i lamp do ultramikroskopu. Nie brak w tym rozdziale i opisu histologji zmiany pierwotnej i omówienia z należytym naciskiem wartości odczynu Wassermanna dla rokowania. W ostatniej, może najważniejszej części, autor, podając różne sposoby leczenia, wstrzymuje się niestety od wydania osobistego sądu o leczeniu wyłącznie salw.; natomiast daje dokładny schemat leczenia rtęcią i salw., i to tak wcieraniami, jak i wstrzykiwaniami rtęci. Godne uwagi jest, że, według sposobu leczenia przez autora stosowanego, należy polecane przezeń 6 względnie 9 dawek neosalw. podawać w trzech grupach, a mianowicie 2—3 dawek na początku leczenia w odstępach dwudniowych, dalsze 2—3 dawek w ten sposób w 3. tygodniu leczenia, ostatnie 2—3 dawek po ukończeniu leczenia rtęcią. Za wystarczającą dawkę ogólną neosalwarsanu autor uważa najmniej 3,5 gr., poleca jednak raczej wyższą t. j. 5.25 g. Aczkolwiek przy zachowaniu wszystkich reguł powinno 1 leczenie wystarczyć, autor skłania się jednak do stosowania po 6 tygodniowej przerwie drugiego leczenia asekuracyjnego. Jako najważniejszy argument, przemawiający za jak najwcześniejszem leczeniem, przytacza autor daty statystyczne, zestawione przez Rosta dla niemieckiego Tow. dermatolog., a mianowicie, że leczenie poronne, *sensu stricto* zastosowane, uchroniło 85% chorych leczonych od nawrotu czy to klinicznego, czy serologicznego. Zestawienie tej statystyki w r. 1921 ma bez wątpienia olbrzymie znaczenie, nie rozwiązuje jednak najciekawszego pytania, jak i czem leczyć, bo 2993 przypadków uwzględnionych w niej, było przez 35 syfilidologów leczonych z pewnością w sposób najróżnorodniejszy. Co do płynu mózgowo-rdzeniowego odnajdujemy w tabliczkach bardzo pouczających znaną statystyką wyników — od 0% płynów chorobowo zmienionych (Rost) do takichże 69% (Gennerich). To też autor podkreśla dobitnie, że, zdaniem jego, zmiany w płynie w najwcześniejszym okresie kiły są zwykle przejściowe, i że nie należy ich przeceniać ani przypisywać im zasadniczego znaczenia w rokowaniu. Zapatrywanie to jest zgodne z wynikami badań nad płynem mózgowo-rdzeniowym ogłoszonemi ostatnio w piśmiennictwie polskiem. Z badań w klinice Riehla wynika wreszcie, że względna rzadkość (30%) chorobowych zmian w płynie przy zmianach pierwotnych usadowionych poza narządami płciowemi nie uzasadnia przypuszczenia, jakoby właśnie te zmiany miały usposabiać do schorzeń ośrodkowego układu nerwowego.

Książka w całości zwięzła, a jednak dokładna, zasługuje na rozpowszechnienie jako podręcznik utrzymany na poziomie najświeższych danych z tej dziedziny, i może oddać znaczne usługi lekarzom praktykującym.

Dyboski (Kraków).

Bach, Rohr, Kentel i Waubke. **Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe »Künstliche Höhensonne«**. Curt Kabitzsch. Lipsk.

Na wstępie zaznaczono, że książka ma być niejako przewodnikiem dla tych, którzy chcą się zapoznać z metodyką leczenia promieniami pozafiołkowemi i wskazaniami do tego. Książka podzielona jest na 3 części. W I-szej części prócz techniki naświetlania omawiane są fizyczne i chemiczne własności światła i oddziaływanie tegoż na ustrój zdrowy i chory. W drugiej części przechodzą autorzy kolejno wszystkie działy medycyny, omawiając zastosowanie leczenia lampą kwarcową. Bardzo obszernie opisane jest leczenie w chorobach dzieci. W 3-ciej części jest opis wszystkich lamp używanych w medycynie. Na końcu książki jest bardzo obfity wykaz piśmiennictwa, odnoszącego się do helioterapji. Książka ta różni się od innych publikacyj tem, że autorowie odstępują w niej od utartego zwyczaju zachwalania lampy kwarcowej jako środka leczniczego, skutecznego we wszystkich chorobach, wskazują natomiast, opierając swą pracę na doświadczeniu klinicznem własnem i innych, że używanie lampy kwarcowej w pewnych przypadkach chorobowych daje wyniki lecznicze doskonałe, w innych zaś należy go zaniechać, gdyż wyniki lecznicze są tylko wątpliwe. Dr. *Ameisenówna* (Kraków).

Prof. Dr. G. L. Sacconaghi: **Die klinische Diagnose der Herzbeutelentzündung** (*Fibrechia cordis*). (O klinicznem rozpoznawaniu zrostów osierdziowych). Lipsk; nakładem Curt Kabitzsch, 1923.

Wartość tej monografji polega nietyle na wynikach własnych doświadczeń autora na chorych, ile na bardzo gruntownem i krytycznem opracowaniu dotychczasowego piśmiennictwa tego przedmiotu. Jak wiadomo sprawa rozpoznawania zrostów osierdziowych, w najszerszem tego słowa znaczeniu, należy do trudniejszych działów djagnostyki. Zajmowano się nią znacznie więcej dawniej w czasach symptomatologji niż dzisiaj, gdy djagnostyka pracowniana tak wielkie święci tryumfy. A właśnie do rozpoznawania zrostów dochodzi się drogą starej techniki badania i myślenia klinicznego. Autor zaczyna od uporządkowania słownictwa. Rozrzucone w piśmiennictwie różnych narodów i czasów nazwy, nieraz sprzeczne lub niejasne, zastępuje własnemi, i to, tak w zakresie pojęć anatomo-patologicznych, jak czynnościowych. Zacząwszy od »fibrechji« jako najogólniejszego pojęcia ograniczenia wolności ruchów serca przez modzele, podaje autor własne słownictwo. Fibrechje rozpadają się na: synechje, prosechje i periechje, zależnie od tego, której części układu osierdziowo-opłucnowego dotyczą. Do czynnościowych pojęć należą: »kardiopexie« i »kardiokatechie«, określające ograniczenie przesuwalności lub zmienności kształtu serca w zależności od jego faz czynnościowych. Zdolność tkanki płucnej worek otaczającej do ciągłego współporuszania się wraz z osierdziem nazywa autor synchoreżą, stąd ograniczenia tej zdolności n. p. przez modzele opłucnowe i stąd też idący stan upośledzenia czynnościowego serca w czasie skurczu (u autora: »*Austreibungskatechie*«) będzie się nazywał asynchoreżą względnie w odniesieniu do serca Kardiokatechja synechio-asynchoretyczną. Umyślnie dałem kilka przykładów słownictwa autora, objaśnia to najlepiej jego dobre, ale i ujemne strony. Przy całem uproszczeniu pojęciowem jakiś dziwnie niemile brzmiący żargon grecko-łacińsko-włosko-niemiecki. Po wprowadzeniu zasadniczych pojęć w pierwszych rozdziałach przechodzi autor do symptomatologji, która stanowi może najcenniejszą część monografji. Cechuje ją daleko idąca bystrość krytyczna w rozróżnianiu znaczenia rozpoznawczego i odpowiedniego anatomo-patologicznego dla objawów podanych przez dawniejszych autorów jako wręcz patognomoniczne (literatura zrostów osierdziowych ma szczęście do objawów patognomonicznych!). Przy porównaniu z pierwszym lepszym podręcznikiem widzimy, że wiele z dotychczasowych »pewników« trzeba odrzucić lub przynajmniej ograniczyć do tych obrazów anatomo-patologicznych, które autor podaje jako warunek powstawania owego objawu. Oczywiście, o ile wywody autora są zawsze słuszne! Mało kto z klinicystów rozporządza większym materjałem anatomo-patologicznym na tem polu, trudno więc w każdym przypadku zdać sobie sprawę, czy autor monografji ma słuszność; niemożna jednak oprzeć się wrażeniu, że i jego zapatrywania są więcej wydedukowane, oparte raczej na teoretycznym wniosku z przyjętych założeń, niż wynikające z doświadczenia. W każdy

razie, jeżeli ktoś pragnie się gruntownie zapoznać z piśmiennictwem przedmiotu, to książka ta jest ze wszech miar polecenia godną. *a. o.*

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

La Presse médicale.

Nr. 11.

L. Marchand. **Padaczka a porażenie postępowe.** W okresie, kiedy zależność porażenia postępowego od kiły nie była ustalona, przypuszczano, że padaczka w przebiegu swym może kończyć się porażeniem postępowem (Baillarger, Calmeit, Parchappe). Należy jednak zauważyć, że w istocie padaczka nie przechodzi w p. p. Padaczka tzw. pierwotna ma za podłoże wtórne sklerotyczne zmiany oponowo-korowe, p. p. natomiast uwarunkowane jest podobnem zapaleniem opon i mózgu na tle kiły. Istnieją jednak obecnie przykłady występowania p. p. w przebiegu padaczki. Autor rozpatruje wzajemny stosunek między temi schorzeniami: 1) u osobników, dotkniętych padaczką samoistną, 2) u osobników, dotkniętych padaczką kiłową i 3) stosunek między padaczką u osobników, dziedzicznie obarczonych kiłą, a porażeniem postępowem dziecięcem lub młodocianem. 1) Mogłoby się zdawać, że rozpoznanie różniczkowe między pierwotną padaczką, która występuje zwykle przed 25 rokiem życia, a napadami padaczkowemi, występującemi jako objaw p. p. po 35 roku życia, nie jest trudne. Znane są jednak przypadki padaczki spóźnionej, rozpoczynającej się po 35 roku życia. Wskazówki na poprzednie zakażenie kiłowe, stwierdzenie limfocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym, dodatni objaw Wassermanna świadczą, że napady padaczkowe są objawem p. p. Inne cechy rozpoznawcze, przytaczane przez różnych autorów, nie są pewne.

Kiedy p. p. ujawnia się u starego epileptyka, może być mowa wprost o zbiegu dwóch schorzeń u tego samego osobnika. Conajwyżej przypuszczać można, że zmiany korowe, stanowiące podłoże padaczki, i stany zastojowe ponapadowe mogły odegrać rolę loci minoris resistentiae dla podostrego zapalenia opon i mózgu. W innych przypadkach padaczka naśladuje p. p., występując w postaci przelotnego niedowładu lub nawet trwałego zespołu niedowładu z objawami osłabienia umysłowego, zmianami źrenic, utrudnieniem mowy, wzmożeniem odruchów. Rozpoznanie można ustalić na zasadzie wywiadów i braku rozprzestrzeniania się zespołu porażennego. Trudnem bywa też różniczkowanie między otępieniem umysłowem padaczkowem a objawami p. p. Wogóle we wszystkich zawikłanych przypadkach jedynie objaw Argyll-Robertsona, limfocytoza i wzmożona ilość białka w płynie mózgowo-rdzeniowym, dodatni odczyn Wassermanna przemawia za obecnością p. p. 2) Połączenie padaczki kiłowej i p. p. jest rzadkie, mimo, że oba tę cierpienia mają takie same podłoże. Zazwyczaj upływa wiele lat między początkiem padaczki i p. p. Często pod wpływem swoistego leczenia padaczka ustępuje, tak że pewien okres czasu jest wolny od napadów; zjawienie się następnie drgawek świadczy o pp. Padaczka trzeciego okresu kiły zjawia się w czasie, kiedy również może powstać pp., które może rozpocząć się niekiedy napadami padaczkowemi. Rozpoznanie różniczkowe w takich przypadkach jest trudne, brak limfocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym przemawia przeciwko rozpoznaniu p. p. Istnieją jednak przypadki padaczki trzeciego okresu, w których stwierdza się limfocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym, nierówność źrenic z objawem Argyll-Robertsona, i mimoto chorzy tego rodzaju nie zapadają na pp., 3) Jeszcze trudniejsze jest rozpoznanie różniczkowe między padaczką a porażeniem postępowem dziecięcem lub młodocianem. Dziedziczność kiłowa jest częstą przyczyną obu schorzeń. Kiedy p. p. zjawia się u dziecka, dotkniętego już od kilku lat padaczką, można przypuszczać, że podostre zapalenie opon i mózgu usadowiło się na starych sklerotycznych ogniskach oponowo-korowych. Utrata zdolności umysłowych, utrudnienie mowy, zmiany ruchowe, nierówność źrenic, szybkie chudnięcie, limfocytoza i obecność białka w płynie mózgowo-rdzeniowym, dodatni wynik odczynu Wassermanna są objawami, które pozwalają ustalić rozpoznanie.

Trudno bywa niekiedy odróżnić napady samoistnej padaczki od napadów padaczkowych w początku p. p. Często jest to tylko padaczka, która symuluje p. p.; chodzi wtedy o niedowład przelotny ponapadowy, o stały uporczywy zespół niedowładu, o otępienie umysłu padaczkowe w formie pseudoparaliżu postępowego. Dane wywiadów, rozwój schorzenia, rodzaj napadów drgawek, zmiany płynu mózgowo-rdzeniowego pozwalają w większości przypadków ustalić dokładne rozpoznanie. *Aleksander Krause* (Warszawa.)

Medycyna wewnętrzna.

Bulletin de l'Académie de Médecine.

Nr. 3. 1923.

L. Blum. **Leczenie cukrzycy insuliną.** Amerykańskim autorom (Banting, Best i Macleod) udało się otrzymać wyciąg z trzustki, zawierający czynny wyciąg wysepek Langerhansa z pominięciem miąższu gruczołu wydzielania zewnętrznego. Preparat ten został nazwany insuliną i okazał się środkiem zdolnym zwiększać spalanie cukrów zarówno u osobników zdrowych, jak i chorych na cukrzycę. Zastrzykiwany psom, którym wywoływano cukrzycę przez wycięcie trzustki, pozwalał utrzymać zwierzęta przy życiu znacznie dłużej niż w doświadczeniu zwykłem. Blum w czasie swego pobytu w Ameryce rozpoczął na miejscu badania samodzielne, które potwierdziły prace autorów amerykańskich. Preparat przyrządził autor samodzielnie. Siłę działania preparatu oznaczał według przepisów Macleoda, przyjmując za jednostkę taką ilość, która u królika, ważącego 2000 gr., głodzonego w ciągu doby, obniżała cukromocz do 0,4 gr w 1 litrze w ciągu 4 godzin. Autor opisuje bardzo skuteczne działanie preparatu w 2 przypadkach ciężkiej cukrzycy. W jednym przypadku chora przed leczeniem na djecie bezwęglowodanowej wydzielała 65 gr cukru i 3,5 gr. acetonu w ciągu doby. Po 2 zastrzykach insuliny tego samego dnia cukromocz zmniejszył się do 22 gr, acetonurja do 2,39 gr. Kiedy po 3 dniach zwiększono dawkę insuliny, wówczas cukromocz zupełnie znikł, acetonurja zaś obniżyła się do 0,8 gr. Ogólny stan chorej znacznie się poprawił. Działanie insuliny występuje bardzo prędko, bo w 2 godziny po zastrzyknięciu, trwa około 8 godzin, poczem cukromocz i acetonurja zwiększają się. Następne zastrzyki tak samo działają, jak i poprzednie. Autor uważa, że odkrycie insuliny stanowi największy postęp, jaki dotychczas zrobiono w leczeniu cukrzycy.

R. Fischer. **Odczyn surowicy krwi, dający wczesne rozpoznanie raka.** Autor podaje w krótkim zarysie teoretyczne podstawy nowego odczynu na raka. Uważa on surowicę za roztwór koloidalny albumin i globulin, które w warunkach fizjologicznych znajdują się względem siebie w pewnej równowadze, wynikającej z wzajemnego oddziaływania fizykalnego. Globuliny mają odgrywać rolę ochronną względem albumin, tworząc jakoby otoczkę dookoła nich. Autor określa to nazwą »prostaxie«. Rak powoduje zakłócenie tej równowagi dwóch białek; uwidacznia się to w następującym odczynie: 0,2% żelatyna w roztworze fizjologicznym czyni albuminy bardziej strącalnemi, natomiast globuliny mniej strącalnemi. Wskutek ochronnego działania globulin na albuminy surowica normalna po dodaniu żelatyny staje się mniej wrażliwą na odczynniki strącające białko (alkohol) i daje mniejszy strąt, niż surowica rozcieńczona tylko roztworem fizjologicznym. Odczyn ten autor oznacza jako ujemny. Surowica zaś, w której globuliny nie wykazują ochronnego działania w stosunku do albumin, a ma to miejsce w przypadkach raka, daje strąt obfitszy, gdyż przeważa tu działanie żelatyny na albuminy. Jest to odczyn dodatni. *L. Jelenkiewicz* (Warszawa.)

Choroby skórne.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Nr. 7. 1922.

Jeanselme i Blamontier. **Zapalenie skóry o typie ognisk rumieniowo-guzkowych, wywołane przyczyną wewnętrzną po zastosowaniu pryszczydła.** J. i B. opisują przypadek doty-

czący 44-letniej kobiety, u której w 4 dni po zastosowaniu na okolicę lędźwiową plastra kantarydynowego pojawiły się umiarowo na obu przedramionach po stronie wyprostnej, na wewnętrznej powierzchni obu ud, na pośladkach i na zewnętrznej powierzchni obu podudzi wykwity rumieniowe, bądź to w postaci ognisk lekko wyniosłych ciemno czerwonych, ostro odgraniczonych, bądź w postaci ognisk podobnych, powstałych ze zlania się drobnych guzków. Wykwitom towarzyszyło uczucie pieczenia i swędzenia. Guzki nie przechodziły nigdzie ani w pęcherzyki surowicze ani ropne. Umiarowość wykwitów, powstanie ich w kilka dni po zastosowaniu kantarydyny w postaci plastra, rychłe ustąpienie wykwitów, a nadewszystko pewność, że chora nie zażywała żadnych leków wewnętrznie, przemawiają, zdaniem autorów, za tem, że zmiany na skórze powstały z przyczyny wewnętrznej z wessania kantarydyny. Kantarydyna stosowana na zewnątrz wywołuje jedynie w miejscu stosowania zmiany zapalne i pęcherze — stosowana na wewnątrz zmiany zapalne w nerkach i pęcherzu. Tu narządy te były nietknięte a jedynym objawem zatrucia były wspomniane powyżej zmiany rumieniowe na skórze, zmiany nie opisywane dotąd w piśmiennictwie.

J. Nicolas, G. Massia i D. Dupasquier. **Zespół objawów kiły kości przysiecznej.** Pracę poprzedzają autorzy wstępem embrjologicznym, w którym zapoznają czytelnika z dotychczasowemi poglądami na rozwój kości przysiecznej a tem samem uzasadniają, że kość ta, biorąca początek z guza czołowego i zrastająca się dopiero w późniejszych okresach życia zarodkowego z właściwym trzonem szczęki górnej, powstałej z pierwszego łuku skrzelowego, jest kością poniekąd odrębną, wklinowaną w wyrostki podniebienne szczęki górnej. Kość przysieczna zatem, jako kość o odrębnem pochodzeniu zarodkowem, może ulec zakażeniu kiłowem oddzielnie i to zakażeniu w ciągu życia płodowego, albo też w różnych okresach życia pozapłodowego. Odrębny rozwój embrjologiczny kości przysiecznej sprawia, że kiła, usadowiwszy się raz w niej, granic tej kości zwyczajnie nie przekracza, owszem wszelkie objawy kiły noszą tu jakby swoiste, tej tylko kości właściwe, piętno. Zmiany kiłowe, jakie możemy spostrzegać na kości przysiecznej, odnoszą się bądźto do samego trzonu tej kości, bądź też do czterech górnych zębów siecznych. Kiła kości przysiecznej wywołuje dwa rodzaje zmian: zmiany rozwojowe (dystroficzne), ujawniające się wadliwą budową kości przysiecznej i siekaczy, i zmiany kiłowe trzeciorzędne o typowych cechach anatomicznych i klinicznych. Ta ściśle ograniczona siedziba zmian kiłowych, związana najprawdopodobniej z rozwojem embrjologicznym kości przysiecznej a obok tego znamienne cechy kliniczne i anatomo-patologiczne tych zmian skłaniają autorów do wyodrębnienia klinicznej jednostki chorobowej i do omówienia szczegółowego zbioru objawów, który nazywają »zbiorem objawów kiłowych zawiązku kości przysiecznej« (*syndrome syphilitique du bourgeon incisif*). O ile zmianom rozwojowym kości przysiecznej, jako znamionom kiły wrodzonej, poświęca się od czasu Hutchinsona i Fourniera baczniejszą uwagę, to o zmianach trzeciorzędnych, bardzo typowych i ciekawych, znajduje się zaledwie tu i ówdzie w piśmiennictwie luźne wzmianki. Te luźne spostrzeżenia, zebrane z piśmiennictwa z dodatkiem kilku spostrzeżeń własnych (w sumie 19 przypadków), są dla autorów podstawą dla zestawienia zbioru objawów kiły kości przysiecznej. Ze spostrzeżeń dawnych lepiej znanych przypominają znamiona kiły wrodzonej, a więc takie, jak zęby Hutchinsona, skośne ustawienie siekaczy środkowych, charakterystyczne zgrubienia szyjki siekaczy a ścieńczenia ich końca wolnego, rozstęp zbyt duży między zębami siecznemi środkowemi, niedorozwój lub brak siekaczy bocznych, ustawienie ich w dwu szeregach, nierówności w postaci ubytków i bruzd itd. Za znamię kiły wrodzonej uważają też wargę zajęczą pojedyńczą czy podwójną lub rozszczepienie podniebienia. Te wady rozwojowe ograniczające się do kości przysiecznej i tkwiących w niej siekaczy wywołuje kiła wrodzona. Natomiast zmiany trzeciorzędne w kości przysiecznej, te właśnie, którym autorowie jako mniej znanym główną poświęcają uwagę, mogą być wywołane zarówno kiłą wrodzoną, jak i kiłą nabytą. Nie są one tak rzadkie, jakby się zdawało i, zdaniem autorów, w schorzeniach kilakowych podniebienia możnaby je napotkać nierównie częściej, jak się to działo dotąd, byleby się tylko zwracało na nie baczniejszą uwagę. Z objawów klinicznych kiły trzeciorzędnej kości przysiecznej najznamienniejsze jest chwianie się zębów siecznych, czy to środkowych czy bocznych, zębów zupełnie zdrowych a chwiejących się i wypadających w końcu jedynie z powodu kiły toczącej samą kość sieczną. Sprawa chorobowa rozwija się powolnie, często bez bólu, a dopiero bliższe zwrócenie uwagi na kość przysieczną pozwala stwierdzić kilaki lub owrzodzenia po nich sięgające głębiej i prowadzące do obnażenia kości a często do samoistnego oddzielania się martwaków. Kilaki można czasem stwierdzić na podstawie nosa tj. na górnej powierzchni kości przysiecznej, co często daje powód do cuchnącej wydzieliny z jamy nosowej. Gdziekolwiek toczy się proces kiłowy, ogranicza się zawsze tylko do kości przysiecznej i, naruszając tylko zęby sieczne, górne nie przechodzi z zasady na kły, jakby na dowód odrębności kości przysiecznej. Często ulega schorzeniu tylko połowa kości przysiecznej a z nią odnośny siekacz wewnętrzny i zewnętrzny. Zdarza się to częściej po stronie prawej, niż lewej. Tylko ucisk na chwiejące się zęby wywołuje ból i to nieznaczny i to pozwala na odróżnienie tego schorzenia kiłowego od ropni okołozębowych. W wielu przypadkach, przed wystąpieniem zmian klinicznie dostrzegalnych, chorzy cierpią na dotkliwe bóle, czy to w szczęce górnej, czy też na połowiczne uporczywe bóle głowy. W tych przypadkach można błędnie przypuszczać schorzenie jamy Highmora. Zbiór objawów powinien ułatwić rozpoznanie w większości przypadków, w przypadkach wątpliwych należy posługiwać się odczynem Wassermanna, badaniem zgłębnikiem powierzchni kości, prześwietlaniem promieniami Röntgena, albo próbnem leczeniem przeciwkiłowem. W przypadkach niewątpliwych należy rozpocząć leczenie przeciwkiłowe, dające zawsze dobre wyniki, a tylko w wyjątkowych przypadkach obok leczenia kiłowego, przedewszystkiem wskazanego, można myśleć o leczeniu chirurgicznem.

A. Nanta. **Leczenie szczepionkami przeciwrzeżączkowemi starych zapaleń cewki moczowej.** O ile opracowano dostatecznie leczenie świeżej rzeżączki swoistemi szczepionkami, o tyle niema, zdaniem autora, dosyć pewnych sposobów leczenia rzeżączki o charakterze przewlekłym. Autor podaje nowy przez siebie zastosowany sposób leczenia i opiera swoje spostrzeżenia na razie na 4 przypadkach rzeżączki trwającej w 2 przypadkach po 6 miesięcy, w jednym 9 miesięcy, w jednym 2 lata. We wszystkich przypadkach wyciek ropny obfity utrzymywał się stale mimo stosowanych już przedtem rozmaitych środków i sposobów leczenia. Dopiero leczenie zastosowane przez autora dało we wszystkich 4 przypadkach wynik korzystny i to stały. Sposób autora polega na tem, że sporządza dla każdego chorego oddzielną szczepionkę i to z jego własnych dwoinek rzeżączkowych, a jeśli w wydzielinie cewki obok dwoinek rzeżączkowych znajdzie inne drobnoustroje (zwłaszcza gronkowce), sporządza także odnośne szczepionki i stosuje zależnie od przypadku szczepionki przeciwrzeżączkowe tylko lub szczepionki mieszane. Wstrzykuje szczepionki o dużej ilości dwoinek rzeżączkowych i stosuje na jedno wstrzyknięcie 9—18 miljardów dwoinek rzeżączkowych, przeprowadzając takie leczenie (obok miejscowego, środkami odkażającemi) przez szereg tygodni aż do ustania wycieku i zupełnego zniszczenia dwoinek rzeżączkowych. Jest zwolennikiem stosowania szczepionek silnych a jeśli potrzeba szczepionek mieszanych. Przy zakażeniach mieszanych trudność sporządzenia szczepionki polega na tem, że nie wiadomo, jaki szczep bakteryjny wybrać z hodowli i użyć go w postaci szczepionki do leczenia.

R. Lutembacher. **Dożylne wstrzykiwania salicylanu sodowego w leczeniu łuszczycy.** W jednym przypadku łuszczycy ogólnej (*psoriasis universalis*) uciekł się autor do leczenia dożylnemi wstrzykiwaniami salicylanu sodowego. Wstrzykiwał codziennie 3 gr salicylanu sodowego rozpuszczonego w 80 cm^3 wody destylowanej. Wykwity łuszczycowe poczęły ustępować już po 8 wstrzyknięciach, jednak dla trwałości wyników sto-

sował L. to leczenie przez 5 tygodni. Po upływie tego czasu skóra wybielała zupełnię. Celem uniknięcia nawrotów zamierza autor stosować co miesiąc 10 wlewań salicylowych i to przez przeciąg 8—10 miesięcy. W leczeniu posługiwał się salicylanem sodowym odczyszczonym przez powtórną krystalizację a roztwory przesączał przez sączki pozbawione wszelkich śladów żelaza i przechowywał je w naczyniach ze szkła ściśle obojętnego. Radzi w początkach stosować dawki miejsze bo zawierające 0,5—1gr salicylanu sodowego. Sposób autora jest zbliżony do sposobu Sachsa, tylko, że Sachs używał rozczynów silniejszych, bo 20%, co zdaniem autora jest przeciwwskazane, bo rozczyny o tem stężeniu powodują stwardnienie ścian żylnych.

Payenneville i Trotabar. **Samowyleczenie liszaja czerwonego płaskiego w przebiegu błonicy.** Autorzy przytaczają jedyny dotąd nie notowany w piśmiennictwie, wypadek, że liszaj czerwony płaski ustąpił samoistnie bez leczenia i to bardzo szybko, kiedy chory dotknięty liszajem zapadł na błonicę. W przypadku tym, dotyczącym żołnierza, typowe dla liszaja czerwonego płaskiego guzki i ich zbiorowiska stwierdzono na tułowiu, odnóżach częściach, rodnych i na błonie śluzowej jamy ustnej. Nie rozpoczęto jeszcze leczenia arsenem gdy chory zapadł na błonicę. Ciepłota dochodziła do 40 C Stosowano surowicę przeciw błoniczą, wywołało wystąpienie pokrzywki. Równocześnie z pojawieniem się pokrzywki poczęły ustępować wykwity liszaja a w 5 dni potem nie pozostały po nich żadne ślady nawet w postaci tak zwykłych ustępującemu liszajowi przebarwień To samoistne ustąpienie liszaja czerwonego płaskiego skłonni są autorzy na razie przypisać wstrzykiwaniom surowicy przeciwbłoniczej a więc działaniu obcego białka a potwierdzenia tego przypuszczenia zamierzają szukać na drodze dalszych badań w tym kierunku.

P. Noel. **Guzy wrzekomo-słoniowaciste, wrodzone, na karku.** Opis przypadku dotyczącego 32-letniego murzyna z Kamerunu, u którego stwierdził autor poniżej karku umiarowo po obu stronach rozmieszczone dwa guzy podłużne, przebiegające od kręgosłupa ku wyrostkowi kruczemu. Guzy miały ściśle tę samą wielkość i spoistość zbitą; usadowione były w skórze napiętej o zabarwieniu prawidłowem, nieco zmienionym rysunku skórnym i dały się łatwo wraz ze skórą przesuwać. Wejrzenie guzów i ich siedziba przypomina, zdaniem autora, guzy tłuszczakowe, napotykane często u mieszkańców Madagaskaru, a pozostające w związku z noszeniem ciężarów. Tu ten czynnik nie wchodził w rachubę, a usadowienie guza w skórze, a nie pod skórą, jego zbitość włóknista (nie stwierdzona zresztą badaniem histologicznem) każą, zdaniem autora, przyjąć, że w danym przypadku mogło się rozchodzić o wrodzoną słoniowacinę skóry pochodzenia nerwowego środkowego, o guzy, któreby należało zaliczyć, jako wrodzone, do znamion usystematyzowanych. Podobny do tego przypadek ogłosił autor przed rokiem.

Lenartowicz (Kraków).

Bibljografja.

Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). Marzec 1923. (Cena 1200 M. niem.).

Treść: 1. Prof. Bergmann: Żółtaczka. 2. Prof. Schade: O klinicznem znaczeniu tkanki łącznej. 3. Prof. Nägeli: Rozpoznawanie ostro się rozpoczynających chorób krwi. 4. Prof. Fuld: Przegląd piśmiennictwa z zakresu chorób trawienia, chorób krwi i przemiany materji.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 6. lutego 1923.

Przewodniczy wiceprezes Wł. Starkiewicz.

1. Higier przedstawia 56-letniego chorego z objawami połowicznego widzenia, wywołanego przez **zator tętnicy mózgowej tylnej czyli głębokiej.** Chory z wyrównaną wadą serca (zwężenie lewego ujścia żylnego) w ciągu kilku miesięcy zapadał raz na uporczywy i tygodnie trwający ból prawej łydki połączony z przystankowem chromaniem, drugi raz na prawostronne połowiczne widzenie. H. sprowadza obie sprawy do zatorów: raz w obrębie głębokiej gałązki tętn. piszczelowej tylnej, drugi raz w obrębie tętn. ostrogowej (art. calcarinae), gałązki tętnicy potylicznej, zaopatrującej ośrodek wzrokowy, położony prawdopodobnie w szczelinie ostrogowej (według badań anatomicznych Henschena, klinicznych Wilbrandta, histologicznych Cajala). H. bliżej uzasadnia rozpoznanie, wyłączając umiejscowienie w pasmie wzrokowem, ciałku kolankowatem zewnętrznem, koronie promienistej i klinie (cuneus). Zatory tej gałązki należą do rzadkości. Trudności przy pracy dentystycznej chorego H. tłumaczy błędem w obrębie zmysłu mięśniowego gałek ocznych, z inną siłą unerwionych normalnie, a z inną przy połowicznem widzeniu. H. zwraca uwagę na zachowanie środkowego pola widzenia po stronie połowicznego widzenia i przeprowadza analogję z unerwieniem obustronnem sfery ruchowej w obrębie mięśni bliżej środka ciała położonych (głosowo-stawowo-wdechowych) a unerwieniem czuciowem, które również dla linji środkowej tułowia i twarzy jest obustronne. Jak przy zniedzulenju połowicznem mózgowem, linja bliżej środka położona jest nietknięta, tak prawdopodobnie bywa i z linją środkową pola widzenia, która odpowiada mniej więcej włóknom plamkowym siatkówki. W ranach postrzałowych potylicy z zajęciem obustronnem bieguna zrazów potylicznych nie spotyka się, jak poucza doświadczenie wojenne, zachowania widzenia środkowego.

2. Józef Polak odczytał rzecz p. t. »**W setną rocznicę zgonu Jennera**«.

3. Z. Michalski odczytał rzecz p. t.: »**Badania nad rolą cholesteryny w ustroju**«.

4. Z. Michalski i J. Dąbrowska przedstawili rzecz p. t.: **Powstawanie i rozwój miażdżycy naczyń w tłomaczeniu fizyko-chemicznem**«.

Dyskusję nad odczytami odłożono do następnego posiedzenia. Sekretarz doroczny *W. Kowalski.*

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 16 stycznia 1923 r.

Obecnych członków 17, przewodniczy kol. Wrześniowski.

1. Kol. Stefan Kon omówił: a) przypadek **przerwania przegrody odbytniczo-pochwowej** przy zachowaniu krocza przy porodzie prawidłowym. Przypadek dotyczy 22-letniej pierwiastki, rodzącej w 8-ym miesiącu ciąży. Wody odeszły na 3 godziny przed rozwiązaniem. Bóle były bardzo silne; położna uciskała krocze, pomimo to nastąpił krwotok i główka dziecka wyłoniła się z otworu odbytnicy. Chora niskiego wzrostu, niedokrewna, o miednicy prawidłowej. Wędzidełko i krocze na szerokość 3—4 ctm poniżej całe; od tego punktu — jama, sięgająca wgłąb do pochwy. Oba zwieracze odbytnicy i ściana kiszki rozerwane, ta ostatnia na długości 6—8 ctm. Po zeszyciu — zagojenie przez rychłozrost. Z piśmiennictwa mówca podał podobny przypadek, opisany w Zentralblatt f. Gynäkologie z r. 1913 przez A. Mayera z Monachium; autor ten podaje równocześnie 9 podobnych przypadków z piśmiennictwa. Przyczyn w tych przypadkach szukać należy w zwężeniach pochwy, powikłanych nadto, być może, zmianami w odbytnicy. W swoim jednak przypadku mówca nie mógł stwierdzić zmian ani w pochwie, ani w odbytnicy;

b) przypadek »**Powikłań przy porodzie z powodu zastrzyknięcia pituglandolu**«. Pierwiastka lat 26, wymiary prawidłowe; przedwczesne odejście wód. Na drugi dzień po rozpoczęciu porodu przy otwarciu macicy na 3 palce zastrzyknęła akuszerka pituglandol, rzekomo z powodu słabych bólów. W 3 dniu porodu bóle silne, otwarcie ujścia bez zmiany; w 4 dniu otwarcie bez zmiany, główka mocno ustawiona, ciepłota 38·4°, bóle silne. W nocy mówca wezwany do rodzącej znalazł stan bez zmiany oraz nalot, sięgający w głąb do szyjki macicznej. Zmuszony był wykonać wymóżdżenie żywego dziecka; po upływie 2 godzin wobec niedostatecznego otwarcia macicy zrobił 6 nacięć szyjki macicznej i wyciągnął dziecko kranioklastem. Stan położnicy dobry. Na podstawie dostępnego piśmiennictwa autor wnosi, iż pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami pituglandolu toczy się spór. W Towarzystwie ginekologicznem w Paryżu po długiej dyskusji zgodzono się na zapatrywanie, iż pituglandol można podawać w ostatnim okresie porodu przy pełnem otwarciu macicy. Środek ten stosować może tylko lekarz, i to wyłącznie tam, gdzie jest możność niezwłocznego zakończenia porodu. W piśmiennictwie podano wiele przypadków pęknięcia macicy, jak również i atonji poporodowej po zastosowaniu tego środka; spostrzegano poza tem: zwolnienie tętna płodu i zamartwicę, zapad, rzucawkę, zwężenie ujścia macicznego, przedwczesne odklejenie łożyska i stały skurcz macicy. (Autoreferat).

W dyskusji kol. Bogucki wyraża wątpliwość, czy nieotwieranie się macicy zależało wyłącznie od zastosowanego pituglandolu. Kol. Wasilewski stosował niejednokrotnie pituglandol z dobrym wynikiem. Kol. Łokczewski przypomina, że wszędzie w piśmiennictwie, gdzie jest mowa o stosowaniu przetworów szyszynki, ostrzega się przed stosowaniem tego środka u pierwiastek; sądzi, iż nieotwieranie się macicy najczęściej widujemy tam, gdzie wody odeszły przedwcześnie.

2. Kol. Batawia omówił ciężki przypadek szpitalny **sosca stawowego** (zajęte były oba stawy kolanowe), w którym po 2-krotnem zastrzyknięciu mleka w ilości 8·0 do 10·0 uzyskano wybitną poprawę; ciepłota spadła do normy, wysięki w stawach znikły; równocześnie stosowano salicylan sodu.

3. Kol. Szaniawski odczytał pracę: »**Przypadek ciężkiego zatrucia na tle glistnicy robaczkowej u 8-letniej dziewczynki**«. W przypadku tym mieliśmy do czynienia z niewątpliwem zatruciem glistnicą robaczkową, naśladującem zajęcie opon mózgowych (meningitis basilaris). Z powodów od prelegenta niezależnych nie można było w pierwszych dniach pobytu chorej w szpitalu dokonać badania krwi na obecność eozynofilów, jak również wypróżnień na jajka glistnic. W piśmiennictwie niejednokrotnie spotykał mowca opisy ciężkiego zatrucia glistnicami dżdżownicowemi oraz tasiemcami, zatrucia, powodującego objawy bądźto zapalenia opon mózgowych, bądź niedrożności jelit. *K. Łokczewski*, sekretarz.

Polskie Towarzystwo dermatologiczne.
Oddział lwowski.

XVIII. Zebranie naukowe w dniu 12. października 1922.

Przewodniczy Dr. Papée.

1. Dr. Andruszewski przedstawia a) 69-letniego starca, którego skóra na ogromnej przestrzeni pokryta wykwitami **czerwonego liszaja** płaskiego (lichen ruber planus);

b) przedstawia też chorego z **pęcherzycą** (pemphigus), której wykwity zjawiają się jedynie na błonie śluzowej jamy ustnej.

2. Dr. Pogonowska przedstawia 43-letnią kobietę z **pęcherzycą przewlekłą**, u której w następstwie przyjmowania dużych dawek bromuralu rozwinęło się na podudziach bromoderma tuberosum et ulcerosum.

3. Doc. Leszczyński: a) dziecko z **kiłą wrodzoną**; mikrodencja, nadmierne rozstawienie siekaczy górnych, wręby Hutchinsona na górnych i dolnych siekaczach, w odcz. Wass. zupełne powstrzymanie hemolizy;

b) chorą z **meningitis spinalis**, u której na szyji wyraźne leucoderma a na ciele osutka obrączkowa; rzadkość współistnienia zmian skórnych i rdzeniowych;

c) 18-letnią dziewczynę w przedwstępnym okresie **twardziny (sclerodermia)** z zasinieniem i rozlanym obrzękiem skóry na dolnych kończynach;

d) kobietę, u której ogniska na głowie, twarzy, uszach, na grzbiecie rąk i stóp pozwalają rozpoznać rozsiany **liszaj rumieniowaty** o charakterze podostrym (lupus erythematosus disseminat. subacut.). Natomiast na łokciach ogniska barwy żywoczerwonej, ostro odgraniczone, pokryte srebrnobiałemi, dużemi łuskami, po których usunięciu występuje punktowate broczenie, przemawiają za łuszczycą. Za nią też przemawia powstawanie w miejscach drażnionych przez przystawienie banick wykwitów o podobnym charakterze, jak ogniska na łokciach. Ponieważ pierwsze zmiany chorobowe pojawiły się w okolicy łokci, przyjąć można powstanie liszaja rumieniowatego u osobnika dotkniętego łuszczycą.

XIX. Zebranie naukowe w dniu 26. października 1922.

Przewodniczy prof. Łukasiewicz.

1. Prof. Dr. Łukasiewicz przedstawia :a) kobietę, lat 39, z **czerwonym liszajem brodawkowatym** (lichen ruber verrucosus), który na przestrzeni dłoni zajmuje przednią powierzchnię podudzia w postaci sinawego ogniska o fioletowej obwódce, a pokrytego twardemi, suchemi i mocno przylegającemi łuskami; powierzchnia ogniska nierówna, brodawkowata; na obwodzie wyraźne, wieloboczne, o połysku woskowym grudki liszaja czerwonego;

b) 42-letnią kobietę z bardzo rozległem rozsianiem wykwitów **czerwonego liszaja** płaskiego (lichen rub. pl.);

c) 22-letniego chorego, którego z początkiem października przyjęto na klinikę z **psoriasis guttata** (łuszcz. kroplista). Sprawa zaczęła się szybko rozszerzać, pokryła wkrótce w całości powłoki skórne, zajęła nawet stopy i dłonie, dając typowy obraz psoriasis universalis.

Mowca w krótkim rzucie przedstawia sposoby leczenia łuszczycy, porusza metodę naświetlań Brocqa, podaje wyniki stosowania wstrzykiwań Bory'ego, zwłaszcza w przypadkach ostrych, i omawia sposób Sachsa i Hübnera.

2. Doc. Leszczyński przedstawia kobietę z bardzo rozległemi, umiarowemi **zmianami barwikowemi**; pigmentacja wzmożona nie tylko w miejscach, w których istnieje skłonność do przebarwienia, ale również na ramionach, biodrach, udach; twarz i błony śluzowe wolne. Miejscami np. w okolicy pach skóra nieco twardsza, o wybitniejszym rysunku powierzchni (lichenisatio). W okolicy lędźwiowej nieznaczny obrzęk. Bladość błon śluzowych. Obraz krwi: limfocyt. 28%, mononukl. 3%, przejściowych 2%, neutrof. 65%, eozynochl. 2%, indeks = 1.22.

Roentgenem wykazano, prócz zaciemnienia szczytów płucnych, aortitis luetica. Mocz bez zmian. Badanie ginekol. ujemne. Mowca omawia zmiany skóry przy zatruciu arszenikiem, przy chorobie Addisona i przy dystrophia cutis papillaris et pigmentosa, zwłaszcza we wczesnych okresach tego cierpienia.

3. Dr. Wepperówna przedstawia chorego z opryszczkowem **zapaleniem skóry** Duhring'a (dermatitis herpetiformis Duhring). Mimo trwania z przerwami od 3 lat stan ogólny zupełnie dobry; świędzenie silne; na skórze rozsiane napięte, o przeźroczystej zawartości pęcherzyki, jedne na wykwitach rumienia, inne na skórze o wyglądzie prawidł.; niektóre otacza wąski rąbek zapalny; prócz tego liczne strupki i brunatnawe plamy barwikowe. Błony śluzowe wolne.

4. Dr. Ardel przedstawia chorego z nader rozległemi zmianami **kilakowemi**.

XX. Zebranie naukowe w dniu 9. listopada 1922.

Przewodniczy prym. dr. Świątkiewicz.

1. Dr. Andruszewski przedstawia chorego z **acrodermatitis** chronica atrophicans Herheimeri (z przewlekłem zanikowem zapaleniem skóry kończyn).

2. Drowie Blaustein i Leszczyński przedstawiają chorą, która zgłosiła się na oddział chorób ocznych, podając, że od maja b. r. nie widzi okiem prawem, a bardzo słabo lewem. U chorej stwierdzono **atrophia alba n. optic.** oc. d.; na oku lewem zniesienie skroniowej części pola widzenia: V oka lewego = $^{3}/_{0}$, oka pr. = 0. Zdjęcie czaszki wykazuje: kości czaszki grube; przestrzenie pneumatyczne średnio duże, powietrzne. U szczytu kości ciemieniowej lekkie wgłobienie od zewnątrz, możliwie wskutek udaru przebytego w dzieciństwie. Na skórze ciała liczne zmiany barwikowe, rozsżrzenie naczyniowe i mnogie miękkie włókniaki: typowy obraz choroby Recklinghausen'a. Odczyn Wass. ujemny. Nasuwa się myśl, czy zanik nerwu wzrokowego nie wywołuje zmiana włókniakowa, podobna do zmian w skórze a usadowiona w przebiegu nerwu wzrokowego? Przemawiałaby za tem praca prof. Nowickiego i prof. Orzechowskiego, którzy zmiany na skórze, w ośrodkach nerwowych i w przebiegu nerwów uważają za sprawę jednego pochodzenia i tejsąmej budowy anatomicznej.

3. Dr. Leszczyński przedstawia przypadek **liszaja opryszczkowego** (impetigo herpetiformis Hebra). Chora, dotknięta od lat łuszczycą, przy dziesiątej ciąży zauważyła znaczne rozszerzenie się łuszczycy i dlatego zgłosiła się na oddział szpitalny. Tutaj po upływie 10 dni zaczęły pojawiać się zmiany skórne innego typu. W nocy z 31. X. na 1. XI. silne dreszcze, ból głowy, a rano zauważono na obwodzie ognisk łuszczycowych uniesienie naskórka w postaci pęcherzyków, wypełnionych odrazu treścią mętną, ropną. I na innych partjach skóry w pewnej odległości od ognisk łuszczycowych powstawały na silnie zaczerwienionem podłożu pęcherzyki wielkości ziarna maku do wielkości ziarn soczewicy. Krostki przysychały, tworząc dla całej gromadki wspólny strup szarożółtawy, dokoła którego obwodowo znowu powstawały pęcherzyki z mętną treścią. Stan ogólny niestosunkowo ciężki przy temper. 38.5°. Uderzające, że łuszczyca nie dopuszczała do zbyt silnego rozsiania opryszczek, gdyż pęcherzyki tworzyły się jedynie na brzegach ognisk łuszczycy i na miejscach wolnych. Błony śluzowe wolne. Sprawa chorobowa jest najprawdopodobniej wyrazem niedomogi gruczołów przytarczycznych. Leczenie w tym przypadku polega na wlewaniach śródżylnych surowicy krwi kobiety zdrowej, ciężarnej.

XXI. Zebranie naukowe w dniu 30. listopada 1922.

Przewodniczy dr. Papée.

1. Prym. dr. Leszczyński przedstawia:

a) poraz wtóry chorą z **łuszczycą**, u której podczas ciąży rozwinął się liszaj opryszczkowy (impetigo herpetiformis). U chorej zastosowano w celach leczniczych wśródżylnie surowicę krwi zdrowej, ciężarnej kobiety. Już po trzeciej injekcji 10 ccm surowicy ogromna poprawa. Ogniska wykazują skłonność do przysychania, zwłaszcza ogniska samoistnie leżące. Równocześnie i łuszczyca zaczęła się cofać. Na miejscach, z których łuszczyca ustąpiła, przychodzi miejscami do zaczerwienienia, do uniesienia przyskórka, ale nie do rozwoju pęcherzyków. Stan ogólny dobry;

b) 60-letnią kobietę z ogniskiem **tarczkowatego strupnia** (favus scutularis) na przedramieniu lewem; skóra głowy wolna;

c) dwoje dzieci ze **strupniem** skóry uwłosionej (favus capillitii) i rozsianemi ogniskami strupnia na skórze tułowia i kończyn (farus corporis).

2. Dr. Mierzecki przedstawia a) przypadek **liszaja strzygącego** powierzchownego i głębokiego na karku (trichophytia prof. ac superf.) u chłopca, leczonego pomyślnie i bez pojawienia się objawów ubocznych skoncentrowaną trichophityną Hoechst;

b) przypadek uogólnionego zaczerwienienia skóry złuszczającego wtórnego (**erythrodermia exfoliativa** generalisata secundaria) w przebiegu łuszczycy u osobnika 22-letniego, leczonego metodą Sachsa.

XXII. Posiedzenie naukowe w dniu 18. stycznia 1923.

Przewodniczy prof. Łukasiewicz.

1. Dr. Kotiers omawia wyniki stosowania Sachsa-Hübnera sposobu **leczenia łuszczycy** i przedstawia szereg chorych, u których stosowano powyższą metodę na ogół z wynikiem pomyślnym.

2. Dr. Leszczyński przedstawia a) przypadek łuszczycy, w którym przy stosowaniu wlewań dożylnych natr.-salicyl. Sachsa zauważono mniej więcej w godzinę po wlewaniu dookoła łuszczycowych wykwitów powstawanie obrączki bladej, anaemicznej, szerokości 3—4 mm; zjawisko utrzymuje się do 24 godzin. Zjawisko to, dotychczas w literaturze nie notowane, nie ma, jak się zdaje, nic wspólnego z leucoderma psoriaticum;

b) przypadek tocznia rumieniowego (lupus erythem.) twarzy. Wielokrotne ogniska na twarzy, nosie, uszach, leczone poprzednio w rozmaity sposób. Wassermann ujemny. Odczyn na tuberkulinę ujemny. Leczenie polegało na stosowaniu neosalwarsanu wśródżylnie i równocześnie miejscowo maści siarkowo-cynobrowej. Wynik — wyleczenie;

c) przypadek powierzchownego liszaja strzygącego (trichophytia superficialis) twarzy, szyji, tułowia. Ognisko na powiece górnej lewej. Obok tego zapalenie spojówki oka lewego. Po wstrzyknięciu trichophityny obok odczynu na skórze w następnych 24 godzinach bardzo silny odczyn na spojówce. Wniosek stąd, że zapalenie spojówki prawdopodobnie było wywołane przez produkty grzybka. Zjawisko to analogiczne, jak przy tuberkulinie. Gdy ją wstrzykniemy, powstanie zaostrzenie w miejscu poprzedniej injekcji. Leszczyński widział na oku po próbie Calmetta' ciężkie zaostrzenie po następnej injekcji tuberkuliny. (Str. wl.) *Dr. Kotiers*, sekretarz.

Towarzystwo Lekarzy b. Galicji. Sekcja Rzeszowska.

Posiedzenie naukowe w dniu 10. marca 1923.

Obecnych 20 członków.

Kol. Hinze pokazał 1. preparaty anatomo-patologicznych uzyskane drogą operacyjną w szpitalu powiatowym.

a) **Raka trzonu macicy**, który powodował u chorej około 50 lat liczącej, krwawienia, utrzymujące się dłużej, jak rok. Nowotwór zajmuje błonę śluzową i część miąższu macicy, nie przechodzi nigdzie ani na otrzewną, ani też na przydatki maciczne, które również usunięto. Operację wykonano drogą pochwową.

b) **Preparat macicy** usuniętej również drogą pochwową — z powodu uporczywych, długotrwałych krwotoków, wyniszczających chorą do stanu zupełnego charłactwa. Przy zabiegu wylała się spora ilość płynu jasnego z jamy otrzewnowej. Chora licząca około 50 lat odzyskała szybko siły i zdrowie.

c) **Podobny** przypadek, operowanej również w ostatnich czasach przez laparotomję — przypadek, który poprzednio leczono kilkakrotnem wyskrobywaniem. W obu razach nie znaleziono zmian w przydatkach. Być może, że zachodzą tu zwyrodnienia w naczyniach krwionośnych macicy.

d) Wielki **guz nadnercza** utkania mięsakowego u dziecka 5-letniego. Guz był zrośnięty z wątrobą, z trzustką, z jelitem wstępującem, z nerką prawą, z otrzewną i z naczyniami. Ponadto tworzył wiele przerzutów do sąsiednich gruczołów chłonnych. Zabiegu nie można było doszczętnie wykonać i osobnik zmarł w kilkanaście godzin na zapad.

2. **Przedstawił ozdrowieńców.**

a) Chory po operacji doszczętnej **raka dolnej wargi**, zajmującej całą wargę i gruczoły chłonne (oper. Dr. Maurer). Rozległa operacja plastyczna (obustronny Bruns) dała wyborny wynik kosmetyczny, chociaż warga dolna, przedstawia się nieco mięsiście:

b) Chorą po operacji **ropnego zapalenia wyrostka** robaczkowego z zapaleniem częściowem otrzewnej, bez zrostów. Po zabiegu wlano kilkanaście cm^3 eteru do jamy brzusznej i zabezpieczono ranę drenem i dwoma sączkami. Mowca Prym. Dr. Hinze jest zdania, że szczelne zaszywanie ropień tego rodzaju jest ryzykiem, mimo powagi wielu uczonych. Najlepszym dowodem, że rana wydzielała przez tydzień znaczne ilości ropy cuchnącej. Same zaś zeszycie nie zabezpiecza przed dalszem wytwarzaniem ropy wewnątrz otrzewnej.

c) Na zakończenie przedstawiono sześć młodych dziewcząt uleczonych **wycięciem wola** sposobem Kochera.

3. Kol. Dr. Nieć przedstawił chorą po **operacji kleszczowej** sposobem Kiellanda, na główce wysoko stojącej i miednicy zwężonej. Operację tę rozpoczął kleszczami Brauna, któremi mimo silnych pociągnięć główki nie przeprowadził. Przeniósł zatem rodzącą do szpitala i dokonał zabiegu bez trudu kleszczami Kiellanda. Łyżki tych kleszczy wprowadził jak zwyczajnie i następnie przesunął górną pod spojenie łonowe, dolną ku wklęsłości kości krzyżowej. Po kilku pociągnięciach główka dokonała prawidłowego zwrotu i dziecko przyszło żywe, ale omdlałe na świat. Matka nie doznała żadnych obrażeń.

W dyskusji: kol. dr. Starzewski wykazuje wyższość kleszczy Kiellanda od używanych dotąd modeli kleszczy wysokich.

4. Kol. Dr. Maurer przedstawia chorą w 5-tym miesiącu ciąży, u której na tle prawdopodobnie zmian gruźliczych występują objawy **niedrożności jelitowej**. Chora jest wyniszczona do najwyższego stopnia, brzuch silnie wzdęty, przez powłoki rysują się silnie pętle jelit. Wymiotów chora nie ma, stolec tylko przy pomocy wlewań.

Zachodzi pytanie, czy przerwać najpierw ciążę, a następnie zająć się przeszkodą w przewodzie pokarmowym, czy też odwrotnie?

Zdania kolegów (Dr. Przysłupski, Natter, Starzewski) były przeważnie za wykonaniem laparatomji, chociażby próbnej.

IV. Zjazd Psychjatrów Polskich we Lwowie 1923 r.

W przeddzień Zjazdu, tj. 19 maja 1923 r., odbędzie się o godz. 10-tej wieczór w gmachu Uniwersytetu przy ul. Marszałkowskiej 1 (dawny gmach sejmu galicyjskiego, stacja tramwajowa ŁD, główna poczta) raut, urządzony przez Senat akademicki Uniwersytetu Jana Kazimierza, na cześć promowanych tegoż dnia w południe doktorów honorowych, Weteranów z roku 1863.

Na raut ten zaprasza Senat akademicki przybyłych Gości na Zjazd psychjatryczny.

W pierwszy dzień Zjazdu, tj. dnia 20 maja 1923 roku, nastąpi uroczyste otwarcie Zjazdu, o godz. 11-tej przedpołudniem, w auli Uniwersytetu J. K. (ulica Marszałkowska L. 1).

1. Przywitanie uczestników Zjazdu przez Rektora uniwersytetu, jako gospodarza miejsca obrad Zjazdu.
2. Przemówienie Przewodniczącego Komitetu zjazdowego.
3. Wybór Prezydjum i sekretarzy Zjazdu.
4. Przemówienie Dziekana wydziału lekarskiego.
5. Przemówienie Przewodniczącego lwowskiego Towarzystwa lekarskiego.
6. Wygłoszenie tematu głównego: »Ubezwłasnowolnienie wskutek choroby umysłowej«. Referenci: Dr. Zagórski (Kobierzyn) i Dr. Radziwiłłowicz (Warszawa).

Popołudniu o godzinie 4-tej.

1. Dr. Piotrowski (Dziekanka): »Paranoia i poczytalność«.
2. Dr. de Beaurain (Dziekanka): »Symulacja chorób umysłowych«.
3. Dr. Herman (Warszawa): »Rzut oka na dzieci ulicy ze stanowiska psychopatologicznego, społecznego i prawnego«.
4. Dr. Siemionkin (Dziekanka): »Rewolucja, społeczeństwo i psychozy«.
5. Dr. Domaszewicz (Lwów): »Własne spostrzeżenia nad psychologją żołnierza na froncie«.
6. Dr. Zylberlast Zandowa (Warszawa): »Wyniki badań psychotechnicznych nad dziećmi w wieku szkolnym«.
7. O godzinie 9-tej wieczór wspólna wieczerza.

II. Dzień Zjazdu dnia 21 maja 1923 r. o godzinie 9-tej rano.

Wygłoszenie tematów głównych.

1. Dr. Morawski (Kobierzyn): »Dziedziczność i konstytucja«.
2. Dr. Sterling (Warszawa): »Gruczoły dokrewne i zaburzenia psychiczne«.
3. Dr. Mazurkiewicz (Warszawa): »Układ nerwowy roślinny i zaburzenia psychiczne.«

Popołudniu o godzinie 4-tej.

1. Dr. Zieliński (Kraków): »Z dziedziny badań nad stosunkiem budowy ciała do konstytucji psychicznej«.
2. Dr. Zamecki (Warszawa): »Sympatyko- i wagotonja u psychicznie chorych«.
3. Dr. Wichert (Warszawa): »Z psychjatrycznej kazuistyki zaburzeń wewnątrzwydzielniczych«.
4. Dr. Mikulski (Wilno): »Zaburzenia psychiczne w encephalitis lethargica«.
5. Dr. Baley (Lwów): »Zaburzenia psychiczne w nagminnem zapaleniu mózgu«.
6. Dr. Zylberlast-Zandowa (Warszawa): »Zaburzenia psychiczne w drętwicy karku«.
7. Dr. Schilling Siengalewicz (Lwów): »Sploty naczyniówki mózgowej, jako wał ochronny centralnego układu nerwowego«.
8. Dr. Stępień (Warszawa): »Wyniki badań płynu mózgowo-rdzeniowego w klinice psychjatrycznej uniwersytetu warszawskiego«.
9. Dr. Goebel (Warszawa): »Badania nad zachowaniem się cholesteryny w płynie mózgowo-rdzeniowym i krwi psychicznie chorych«.
10. O godzinie 7·30 wieczór przedstawienie w teatrze Wielkim, na które Komitet zarezerwuje miejsca dla Gości.

III. Dzień Zjazdu dnia 22 maja 1923 r. o godzinie 9-tej rano.

1. Prof. Dr. Borowiecki (Poznań): »Uwagi w sprawie kierunku psychologicznego w psychjatrji«.
2. Dr. Falkowski (Warszawa): »Zaburzenia myślenia i stany neurasteniczne«.
3. Dr. Horwitzówna (Warszawa): »Schizofrenia w wieku dziecięcym«.

4. Dr. Bychowski (Warszawa): »O myśleniu schizofreników«.
5. Dr. Gruszecka (Poznań): »O tranzytywiźmie w schizofrenji«.
6. Dr. Bielawski (Dziekanka): »Gruźlica a schizofrenja (związek przyczynowy)«.
7. Dr. Bielawski (Dziekanka): »Odruchy patologiczne w kakatonji«.
8. Dr. Wizel (Warszawa): Własne próby doświadczalne leczenia bezwładu postępującego szczepieniem zimnicy«.

Popołudniu o godzinie 3-ciej.

1. Wycieczka do Państw. Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie.
2. Zwiedzenie tego zakładu.
3. Dr. Piotrowski: »O oszczędnem gospodarstwie w Zakładzie psychjatrycznym«.
4. Walne zebranie Towarzystwa Psychjatrów Polskich.
a) Sprawozdanie Zarządu głównego.
b) Wybory członków nowego Zarządu Towarzystwa.
c) Wybór naczelnego Redaktora organu Towarzystwa.
d) Wnioski członków.
5. Zamknięcie Zjazdu.
6. Podwieczorek.

Sprawy zawodowe.

Okrąg Małopolski Związku Lekarzy P. P. w Krakowie.

Protokół 241. posiedzenia Wydziału w dniu 7. kwietnia 1923.

Odczytano pismo »Samopomocy« funkcjonarjuszy Policji Państw., Okrąg VII., w Krakowie w sprawie pomocy lekarskiej dla jej członków. Uchwalono zaprosić na najbliższe posiedzenie Wydziału dwóch przedstawicieli »Samopomocy« celem omówienia żyezeń i warunków.

Drowi Kwiecińskiemu z Białej wysłano odpis »deklaracji« lekarzy Kasy Chorych z nadmienieniem, że starostwo powinno zwołać do dwóch tygodni Komisję Pojednawczą. Gdyby się to nie stało, ma Dr. Kwieciński zwrócić się z podaniem do Min. Pracy i Opieki Społecznej, a nadto zawiadomić o tem Wydział Okręgu.

Do Komisji Pojednawczej dla powiatu chrzanowskiego wyznaczył Wydział kol. Dr. Adama Fonferkę z Jaworzna.

Uchwalono zwrócić się po sezonie do Zarządu Zdroju Żegiestowa z zapytaniem, jak załatwi sprawę lekarza zdrojowego na następny sezon. Wydział będzie się domagał, by Zarząd załatwiał taką rzecz najpóźniej do końca grudnia i to na dłuższy okres, gdyż ustawiczna zmiana lekarzy zdrojowych i ciągłe z nimi zatargi odbiją się niekorzystnie na samem zdrojowisku przez wzbudzanie nieufności u ogółu lekarzy.

Pismo Dra P. z D. z zarzutami przeciw Drom K. i S. z D. odstąpiono do właściwego załatwienia Wydziałowi Rady Izby Lek. Dr. Fonferko żąda, by w nowym regulaminie służbowym dla lekarzy kas chorych wszelkie rzekome, czy istotne przeoczenia lekarskie ze strony lekarza oddawano Radzie Izby Lekarskiej, która ma osądzać, czy zarzut przewinienia jest słuszny.

Wspólna narada nad nowym cennikiem dla lekarzy kasowych w dniu 15. marca nie oddbyła się wskutek niepojawienia się przedstawicieli Związku Okręg. Kas Chorych.

Dr. Żydłowicz odczytuje nowy regulamin służbowy i nowy cennik dla lekarzy kasowych, który się roześle niebawem wszystkim członkom.

Zgłoszono na ręce Wydziału Wykonawczego Głównego Zarządu Związku Lek. P. P. w Warszawie następujące wnioski Okręgu na Walne Zgromadzenie w Poznaniu;

1. Ujednostajnienie taks sądowo-lekarskich na nowej, wspólnej zasadzie dla całej Polski,
2. Ujednostajnienie płac lekarzy więziennych,
3. Zgłoszenie u odpowiednich władz Związku Lekarzy Małopolski jako Okręgu Małopolskiego Związku Lek. P. P.
4. Okrąg Małopolski prosi o ustalenie nazwy »Okrąg« (według słownika Lindego), a nie »Okręg«,
5. jak również o ujednostajnienie tytułu samego Związku, który wedle statutu brzmi: »Związek Lekarzy Państwa Polskiego«, a nie »Rzeczypospolitej Polskiej«, jak to stale drukują »Nowiny Lekarskie«,
6. Ujednostajnienie regulaminu służbowego dla lekarzy Kas chorych w całej Polsce,
7. Odrzucenie udzielania pomocy lekarskiej funkcjonarjuszom państwowym w postaci proponowanej i wprowadzanej przez rząd.

Na Walne Zgromadzenie Związku do Poznania wybrano 4-ch delegatów.

Protokół 242 posiedzenia Wydziału w dniu 14. kwietnia 1923.

Na wspólnem posiedzeniu z przedstawicielami »Samopomocy« Funkc. Pol. Państw. dla Okręgu VII. (Województwo krakowskie) uchwalono:

1. zgodzić się na utworzenie posady lekarza konsulenta dla spraw lekarskich »Samopomocy«. Lekarz ten musi być członkiem organizacji lekarskiej, jaką jest Okrąg Małopolski Zw. Lek. P. P., nominacja jego i umowa z nim ma być zatwierdzona przez Wydział Okręgu Małop. Zw. L. P. P. Za pobierany ryczałt nie wolno lekarzowi konsulentowi leczyć chorych, członków »Samopomocy«;
2. wezwać lekarzy Okręgu, zamieszkałych w województwie krakowskiem, do leczenia członków »Samopomocy« i ich rodzin za 50% opustem zwykłego, dziennego honorarjum miejscowego, pobieranego od prywatnych chorych. »Samopomoc« dostarczy adresów posterunków Policji Państwowej w województwie. Za leczenie członków i ich rodzin będzie wypłacała należytość natychmiast »Samopomoc« za pośrednictwem Poczt. Kasy Oszcz., po otrzymaniu rachunku od lekarza.

Uchwalono zgłosić się po dokładne wskazówki do Dra P., P., i N. w S., a dalej do lekarza powiatowego w S., względnie, by lekarze ci wydali opinję, czy Dr. L. K. z Ł. jest lekarzem, choć ma tymczasowe zezwolenie na wykonywanie praktyki lek. przez Min. Zdr. Publ.

Co do sprostowania Okręg. Związku Kas Chorych, ogłoszonego w 14 Nrze Polsk. Gaz. Lek., a tyczącego się sprawy lekarzy w Pow. Kasie Chorych w Białej, uchwalono przesłać pismo do prof. Dra J. Lenartowicza, jako redaktora P. G. L. w Krakowie, o zwrócenie uwagi redakcji lwowskiej, że ogłosiła to sprostowanie bez porozumienia się z Wydziałem Okręgu i z Redakcją krakowską. Poproszono również o wydrukowanie naszego wyjaśnienia w najbliższym numerze P. Gaz. Lek.

Uchwalono podziękować kolegom wadowickim za przesłanie na fundusz Jordana 300.000 Mk dla uczczenia ś. p. Dra Franciszka Opydy z Wadowic.

Z powodu zatargu Dra Szymona Reicha z Pow. Kasą Chorych w Wadowicach przesłali koledzy wadowiccy oświadczenie, że nie obejmą posady w tej Kasie, jak długo zatarg nie zostanie załatwiony.

Uchwalono przesłać na ręce dyrektora szpitala powszechnego Dra Sołtysika zawiadomienie do powyższych kolegów, że oświadczenie to przyjął Wydział z zadowoleniem do wiadomości, polecając równocześnie leczyć kasowych za honorarjum w kwocie 10.000 Mk w domu lekarza, 15.000 Mk w domu chorego i zwrot rzeczywistych kosztów. Honorarjum mają płacić chorzy zaraz po wizycie.

Polecono Drowi Reichowi wnieść podanie do Starostwa w Wadowicach o zwołanie Komisji - Pojednawczej do dwóch tygodni, w przeciwnym zaś razie udać się do Min. Pracy i Opieki Społecznej i uwiadomić o tem równocześnie Wydział Okręgu. *Dr. Trzebicki*, sekretarz. *Dr. Cercha*, prezes.

Sprawozdanie Prezydenta Lwowskiej Izby lek. za czas od 2/IV. 1921 do 25/II 1923.

(Dokończenie).

II. W sprawie podwyższenia taryfy sądowo-lekarskiej, w odpowiedzi na przedstawienie nasze, w styczniu 1921 wniesione do Ministerstwa Sprawiedliwości, w którem proponowaliśmy mnożenie zasadniczych stawek 5% odsetkiem mnożnika ustalonego dla m. Warszawy, Ministerstwo przychyliło się rozp. z kwietnia 1921 tylko częściowo do naszego projektu, zgadzając się na 20-krotne podwyższenie stawek. Z początkiem r. 1922 pierwotna propozycja nasza została przyjęta i wprowadzona na terenie b. Królestwa Polskiego; wnieśliśmy wobec tego do Ministerstwa Sprawiedliwości i Zdrowia pismo żądające zrównania naszych lekarzy z poborami ustanowionemi dla b. Królestwa Pol. Ministerstwo zawiadomiło Izbę, że żądanie nasze poparło w Min. Sprawiedliwości.

Dzisiaj jednak, wobec tego, że mnożnik przyjęty dla płac urzędników utrzymuje się na stałej wysokości, podwyższenie takie, zwłaszcza wobec zmiany stosunków walutowych, jest tak samo bez wartości, jak 300-krotne podwyższenie przyznane ostatniem rozporządzeniem Min. Sprawiedliwości. Z tego powodu nie bez słuszności większość lekarzy usuwa się od pełnienia czynności znawcy i wnosi zażalenia do Izby, Sądy zaś wymagają od nas, byśmy wpływali na opornych i skłaniali do koniecznego współdziału w wymiarze sprawiedliwości. Wydział Izby wniósł zatem ponowne przedstawienie o podwyższenie stawek z propozycją automatycznego powiększania ich przez Ministerstwo w miarę dewaluacji. Zanim zaś to nastąpi, wydał odezwę, doradzającą lekarzom policzanie należytości według panujących w danej chwili stosunków walutowych, zaś w razie nieprzyznawania przez miejscowe Sądy policzonych kosztów, wnoszenie rekursów do Sądu Apelacyjnego, o których korzystne i szybkie załatwienie Wydział Izby postara się w drodze właściwej.

III. Obok tej zasadniczej sprawy taryfowej, Wydział Izby pośredniczył często w poszczególnych przypadkach niskiego wymiaru wynagrodzeń sądowo-lekarskich, popierając w lwowskim Sądzie Apelacyjnym protesty znawców z powodu niskiego honorowania ich czynności. Również poparł Wydział rekursy lekarzy, których Sąd miejscowy ukarał grzywną za niejawienie się przy sekcji.

IV. Z powodu niesłusznego, krzywdzącego i nadmiernie wysokiego opodatkowania lekarzy Wydział Izby, nie ograniczając się na pisemnem przedstawieniu, kilkakrotnie pośredniczył przez osobną delegację u Prezesa Izby Skarbowej i Naczelnika Administracji Podatków. Uczyniliśmy to tak w sprawie lekarzy lwowskich, jak i prowincjonalnych (Drohobycz, Kołomyja). Na audjencjach żądaliśmy, by Władze podatkowe zasięgały informacji w Izbie, zaznaczyliśmy brak zastępcy lekarzy w komisjach szacunkowych i zwracaliśmy uwagę, by Władze podatkowe normowały wymiar podatkowy według stosunków zarobkowych roku, który jest podstawą wymiaru.

Nieproporcjonalnie wysoki wymiar podatku procentowego za r. 1922 był powodem, że wspólnie z Izbą Adwokatów, Inżynierską i Notarjalną, których członkowie również w sposób krzywdzący zostali opodatkowani, rozpoczęliśmy akcję przeciw niesłusznemu opodatkowaniu. W tym celu wnieśliśmy memorjał do Ministerstwa Skarbu, przedstawiliśmy ustnie stan rzeczy Prezesowi Izby Skarbowej i Dyrektorowi Dep. Podatkowego w Ministerstwie, a nadto odbyliśmy konferencję z członkami Komisji szacunkowej. Uzyskaliśmy przyrzeczenie, że reklamacje wniesione będą rozpatrywane, egzekucje podatków indywidualnie wstrzymane, wymiar zaś podatków w przyszłości odbywać się będzie po wysłuchaniu opinji Izb. W poszczególnych przypadkach Wydział Izby popierał rekursy lekarzy przeciw wymiarowi, opinjując je od siebie przychylnie.

V. W sprawie Kas chorych Wydział Izby pośredniczył w kilku przypadkach co do ustalenia wynagrodzenia lekarzy; wśród lekarzy propagowaliśmy potrzebę zawierania umów z Kasami, a wzór takiej umowy przesłaliśmy lekarzom, zalecając ścisłe trzymanie się tego wzoru. Stojąc zaś na stanowisku wolnego wyboru lekarza, tam, gdzie stosunki na to pozwalały, tj. gdy przezto nie uszczuplał się nabyty poprzednio stan posiadania innych lekarzy, zalecaliśmy ten system do wprowadzenia. Tam, gdzie nie obowiązywał system ryczałtowy, normowaliśmy skalę wynagrodzeń za poszczególne czynności.

VI. W sprawie zorganizowania pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszy państwowych, Wydział Izby przyłączył się do stanowiska Związku i stowarzyszeń lekarskich, dając wyraz zapatrywaniu, nie sprzeciwiając się zasadniczo ubezpieczeniu urzędników na wypadek choroby, że należy tę pomoc zorganizować bez pokrzywdzenia naszych interesów materjalnych w drodze powszechnego, wolnego wyboru lekarza. To zapatrywanie Izby podaliśmy do wiadomości lekarzy z wymaganiem ścisłego stosowania się do niego.

VII. Z powodu coraz częściej pojawiających się spółek lekarzy z technikami dentystycznymi, i to tego rodzaju, że lekarze użyczali tylko firmy swej technikom za wynagrodzeniem ryczałtowem, Wydział Izby przeprowadził szereg dochodzeń, zakończonych wydaniem zakazu prowadzenia spółki; równocześnie zwracaliśmy się do Władz administracyjnych I. Instancji z prośbą o zamykanie zakładów, prowadzonych przez niekoncesjonowanych techników. W kilku przypadkach byliśmy zmuszeni przeprowadzić dochodzenia i nałożyć kary dyscyplinarne na lekarzy. Dzięki energicznej akcji rozwiązano 28 takich spółek.

VIII. W sprawie unormowania stanowiska lekarzy okręgowych Wydział Izby wniósł przedstawienie do Min. Zdrowia z wnioskami co do zaliczenia ich do kategorji urzędników państwowych w IX., X. i XI. kl. poborów. Wnioski te zostały przychylnie załatwione.

IX. Na żądanie Kuratorjum Szkolnego opinjował Wydział podania kandydatów na lekarzy szkolnych. Celem zasadniczego ustalenia warunków i kwalifikacji na te posady, zwołał Wydział ankietę, złożoną z lekarzy i pedagogów, która opracowuje odpowiednie wnioski celem przedłożenia ich Ministerstwu do rozpatrzenia.

X. Ponieważ Ministerstwo Skarbu zaleciło podwładnym organom pobierać od lekarzy-dentystów t. zw. podatek od zbytku za wykonywanie protez, zębów sztucznych, koron złotych i t. p., wnieśliśmy odpowiednie przedstawienie przeciw temu opodatkowaniu z prośbą o jego zniesienie. Dotąd nie otrzymaliśmy odpowiedzi.

XI. W sprawie podwyższenia poborów lekarzy kolejowych Wydział Izby, po odbytej konferencji z przedstawicielami tych lekarzy, uchwalił poprzeć ich słuszne żądania.

XII. Na żądanie Ministerstwa Zdrowia Wydział Izby zaopinjował projekt zawrzeć się mającej konwencji lekarskiej z Czechosłowacją, oświadczając się za dozwoleniem wykonywania praktyki przez lekarzy kąpielowych lub w szpitalach publicznych, a przeciw wykonywaniu praktyki ogólnej lub specjalistycznej.

XIII. Sprawą honorarjów lekarskich zajmowaliśmy się, rozpatrując sprawy sporne, wnoszone przez lekarzy lub strony, oraz wydając orzeczenie co do wysokości honorarjum dla Sądów, Dyrekcji koleji, Policji Państwowej, Wojskowości i instytucji prywatnych. Orzeczeń takich wydaliśmy 36. W sprawie ustalenia taryfy lekarskiej przesłaliśmy Urzędowi Zdrowia we Lwowie opinję i sprawa ta może być rozważona dopiero po wysłuchaniu opinji kół i czynników lekarskich.

XIV. W okręgu Izby w ostatnich latach osiedliło się kilku lekarzy, którzy nie posiadali warunków potrzebnych do wykonywania praktyki (brak oryginalnych dyplomów, dyplomy uzyskane w instytutach rosyjskich). Na zapytanie Izby Ministerstwo Zdrowia zarządziło, że dyplomy uzyskane w żeńskim instytucie Petersburskim dają uprawnienie do wykonywania praktyki, w innych zaś przypadkach Ministerstwo udzielało czasowego zezwolenia do wykonywania praktyki.

XV. Wydział Izby pośredniczył w kilku przypadkach uregulowania poborów lekarzy miejskich lub gminnych. Również interwenjowaliśmy z pomyślnym skutkiem z powodu niezgodnego z przepisami sposobu wypowiedzenia posady 2 lekarzom zajętym w służbie miejskiej. Jakkolwiek posady te nie były ujęte w żadną umowę, zdołaliśmy uzyskać dla tych lekarzy kwartalną odprawę.

XVI. Z powodu zalegania z wypłacaniem pensyj wdowich po lekarzach okręgowych, Wydział Izby odnosił się kilkakrotnie do Województwa z prośbą o przyśpieszenie wypłaty.

XVII. Z powodu objęcia posady lekarza Kasy chorych przez lekarza powiatowego, zwróciliśmy się do odnośnych Województw z przypomnieniem obowiązujących przepisów, w myśl których lekarz powiatowy, jako organ nadzorczy, nie może pełnić czynności lekarza Kasy chorych (rozp. Namiestnictwa z 11/IX. 1898 L. 59232, ustawa z 30. kwietnia 1870, reskr. Min. z 9/IV. 1889).

XVIII. W sprawie reformy studjów dentystycznych wystosowaliśmy do Min. Zdrowia memorjał, oświadczający się przeciw projektowi utworzenia odrębnej kategorji lekarzy-dentystów i przygotowywania młodzieży do tej kategorji już w czasie odbywania studjów na Uniwersytecie.

XIX. Wydział Izby zabronił w kilku przypadkach niewłaściwej reklamy niektórych lekarzy pod zagrożeniem śledztwa dyscyplinarnego. Z powodu zaś zbyt częstego i niezgodnego z przepisami etyki ogłaszania się niektórych lekarzy, wydał odezwę w P. Gazecie Lekarskiej z wezwaniem zaniechania ogłoszeń. Przeciw niestosującym się do tego wezwania są w toku dochodzenia dyscyplinarne.

XX. Partactwo lekarskie, uprawiane w ostatnim roku, zwłaszcza na prowincji, przez napływowych z Rosji felczerów lub cyrulików, a także przez inne osoby nieuprawnione (np. księży), ścigaliśmy, podając konkretne przypadki do wiadomości kompetentnej Władzy. Interwencja Izby wydała skutek pomyślny, partaczom Władza zabroniła niedozwolonych czynności względnie karała ich sądownie.

XXI. Ze spraw o charakterze ogólnym, pozostających w związku z higjeną i zdrowotnością publiczną, wydaliśmy szereg opinij na prośbę rozmaitych instytucji prywatnych, przyczem zaznaczamy, że Władze w tych sprawach nie odnosiły się wcale do Izby.

XXII. Zapomóg udzieliliśmy wdowom po lekarzach w ogólnej liczbie 93.200 Mp. Uwolniono od opłaty jednego lekarza, 4 lekarzom odpisano opłatę z powodu czasowej nieobecności w okręgu Izby.

XXIII. W okresie sprawozdawczym Wydział Izby odbył 78 posiedzeń; protokół podawczy obejmuje w roku 1921 — 957, w roku 1922 — 812 załatwionych exhibitów.

Rada honorowa rozpatrywała i orzekała ogółem w 18 sprawach. Z tych dwie odnosiły się do używania niedozwolonych pośredników dla rozszerzania praktyki, w jednej wydaliśmy wyrok skazujący lekarza na grzywnę 5.000 Mkp., zniżoną w drodze rekursu przez Województwo do kwoty ustawą przewidzianej (400 K.); druga sprawa jest w toku. W czterech sprawach o zaniedbanie udzielenia pomocy lekarskiej wydaliśmy wyrok uwalniający dla braku winy. Jedna sprawa, odnosząca się do wydania niewłaściwego świadectwa, jest w toku, taksamo skarga o użyczanie firmy lekarza do produkcji wódek. Jedna skarga co do rzekomego nieudzielenia pomocy lekarskiej spoczywa z powodu równoczesnego dochodzenia sądowego. Reszta spraw należy do kategorji sporów między lekarzami, wynikających z wykonywania praktyki; załatwiono jebądź ugodowo, bądź udzieleniem niższych stopni kary, jak ostrzeżenie lub upomnienie.

Nadto Rada rozpatrywała sprawę spółek lekarzy z technikami dentystycznymi, o czem wspominam w sprawozdaniu ogólnem. Spraw takich było 28, i tyleż wydano zakazów, a w kilku przypadkach udzielono winnym lekarzom nagany. W przypadkach niedozwolonej lub niewłaściwej reklamy Rada honorowa wkraczała z urzędu, wydając zakaz reklamy, względnie udzielając upomnienia. *Dr. Jan Papée*, Prezydent Izby.

Ustawy i rozporządzenia sanitarne.

Nadzór nad lecznictwem w Kasach chorych.

Ustawa z dnia 19. maja 1920 o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. Ust. Nr. 44. Poz. 272) mieści następujące postanowienia co do nadzoru państwowego nad lecznictwem w Kasach chorych:

Art. 97. Ogólne kierownictwo sprawami ubezpieczenia na wypadek choroby wykonywa Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej; nadzór państwowy nad działalnością instytucyj ubezpieczeń na wypadek choroby wykonywa Minister Pracy i Opieki Społecznej, a w granicach zasadniczej ustawy sanitarnej Minister Zdrowia Publicznego.

Art. 98. W celu wykonywania kierownictwa i nadzoru w dziale ubezpieczenia na wypadek choroby Minister Prac Opieki Społecznej powoła Główny Urząd oraz Okręgowe Urzę

dy Ubezpieczeń i określi ich skład, organizację oraz kompetencję do czasu uregulowanie tychże przez oddzielną ustawę.

Art. 99. W myśl art. 97. Minister Zdrowia Publicznego w celu wykonywania nadzoru nad czynnościami Kas Chorych w zakresie lecznictwa mianuje do odpowiedniego Urzędu Ubezpieczeń swego delegata, który wchodzi w skład tegoż.

Art. 105. Aż do czasu utworzenia Urzędów Ubezpieczeń, jednakże nie dłużej, niż w ciągu lat 2-ch od daty opublikowania ustawy niniejszej, Sekcja Ubezpieczeń Społecznych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej spełnia funkcje tych Urzędów przy współudziale delegata Ministerstwa Zdrowia Publicznego w myśl art. 99.

Na mocy powyższych artykułów ustawy wydał Minister Zdrowia Publicznego i Minister Pracy i Opieki Społecznej rozporządzenie z dnia 16. czerwca 1921 w przedmiocie wykonywania nadzoru państwowego nad Kasami chorych w zakresie lecznictwa (Dz. Ust. N. 81. Poz. 561) następującej osnowy:

§ 1. Naczelnik (dyrektor) Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia jest delegatem Ministerstwa Zdrowia Publicznego do właściwego Urzędu ubezpieczeń, oraz w myśl art. 99. ustawy z dnia 19. maja 1920 wchodzi w skład okręgowego Urzędu ubezpieczeń i współdziała z nim w wykonywaniu nadzoru nad lecznictwem.

Delegatowi Ministerstwa Zdrowia Publicznego do okręgowego urzędu ubezpieczeń służy, z upoważnienia tegoż urzędu, prawo powierzania pewnych czynności, dotyczących wykonywania nadzoru nad lecznictwem Kas chorych, poszczególnym podwładnym mu urzędnikom, a mianowicie: inspektorowi lekarskiemu, farmaceutycznemu i lekarzowi powiatowemu.

§ 2. Delegat Ministerstwa Zdrowia Publicznego do okręgowego urzędu ubezpieczeń korzysta ze wszelkich potrzebnych w zakresie jego działania sprawozdań, komunikatów i innych materjałów, dotyczących działalności Kas chorych w dziedzinie lecznictwa, któremi okręgowy Urząd ubezpieczeń rozporządza.

§ 3. W wypadkach dostrzeżenia usterek, lub nieprawidłowości w działaniu kas chorych w dziedzinie lecznictwa, spraw zdrowotnych i higjeny społecznej, delegat Ministerstwa Zdrowia Publicznego w okręgowym urzędzie ubezpieczeń ma prawo, w granicach zasadniczej ustawy sanitarnej, stawiać wnioski, które winny być uwzględnione w zarządzeniach okręgowego urzędu ubezpieczeń w granicach jego kompetencji.

§ 4. Do czasu powołania okręgowych urzędów ubezpieczeń, wykonywanie państwowego nadzoru nad lecznictwem kas chorych należy do delegata Ministerstwa Zdrowia Publicznego w głównym urzędzie ubezpieczeń, któremu, z upoważnienia tegoż urzędu służy prawo powierzania pewnych czynności nadzorczych naczelnikom (dyrektorom) wojewódzkich urzędów zdrowia, w myśl § 1. niniejszego rozporządzenia.

Dla Delegata Ministerstwa Zdrowia Publicznego do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń wydał Minister Zdrowia Publicznego Instrukcję z dnia 30. marca 1922 N. H. $\frac{10296}{1364}$/22, którą uzupełniono reskryptem z 14. października 1922 N. Org. $\frac{31331}{2606}$/22 i ustalono w następującem brzmieniu:

§ 1. Nadzór państwowy nad lecznictwem w Kasach chorych sprawuje w myśl art. 97. i 99. Ustawy z dnia 19. maja 1920. (Dz. U. N. 42. poz. 272.) oraz w myśl rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego i Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z dnia 16. czerwca 1921 (Dz. U. N. 81. poz. 561.) Minister Zdrowia Publicznego oraz dwóch delegatów, wchodzących w skład właściwych Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń.

Czynności związane z tym nadzorem spełnia w Okręgowym Urzędzie Ubezpieczeń Delegat Ministra Zdrowia Publicznego do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, którym jest Dyrektor właściwego Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia.

§ 2. Czynności nadzorcze Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń w zakresie lecznictwa Kas chorych obejmują: 1. kontrolę sprawozdań i wykazów Kas chorych oraz Związków Kas chorych w zakresie lecznictwa, przedkładanych właściwemu Okręgowemu Urzędowi Ubezpieczeń przez te Kasy i Związki. 2. Dokonywanie w miarę potrzeby w imieniu właściwego Urzędu Ubezpieczeń inspekcji lecznictwa w Kasach chorych. 3. Udzielanie na żądanie Głównego Urzędu Ubezpieczeń (Departamentu Ubezpieczeń Społecznych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej) opinji o projektach szpitali, przychodni, uzdrowisk i innych zakładów leczniczych, Kas chorych i Związków Kas chorych. 4. Wydawanie w nagłych wypadkach koniecznych zarządzeń w sprawach tyczących się lecznictwa w Kasach chorych z ramienia właściwego Urzędu Ubezpieczeń. 5. Wydawanie opinji w sprawach ustalenia stopnia niebezpieczeństwa w zakładach pracy. 6. Wydawanie opinji co do sposobu stwierdzenia stanu zdrowia osób, mających otrzymać świadczenia w Kasach chorych, w wypadkach, gdy w myśl art. 23. ustęp III. Ustawy z dnia 19. maja 1920 (Dz. U. N. 44. poz. 272.) wprowadzono w tych Kasach udzielanie świadczeń gotówkowych zamiast opieki lekarskiej i zaopatrywania w środki lecznicze.

§ 3. Delegat Ministra Zdrowia Publicznego do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń może po uzyskaniu zgody Dyrektora Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń przekazać wykonywanie czynności, wyszczególnionych w § 2. punkt 1., 2. i 3. niniejszej instrukcji Wojewódzkiemu Inspektorowi Lekarskiemu i Farmaceutycznemu i lekarzom powiatowym, którzy wszystkie zarządzenia wykonywują w imieniu właściwego Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń.

§ 4. Do czasu utworzenia Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń nadzór nad działalnością Kas Chorych i Związków Kas Chorych w zakresie lecznictwa, zgodnie z §§ 2. i 3. niniejszej instrukcji wykonywa Delegat Ministra Zdrowia Publicznego do Głównego Urzędu Ubezpieczeń (Departament Ubezpieczeń Społecznych) przez Dyrektorów Wojewódzkich Urzędów Zdrowia (reskr. M. Z. P. z 15. stycznia 1923 N. Org. $\frac{37724}{3960}$/22) w granicach poleceń Głównego Urzędu Ubezpieczeń.

§ 5. W wypadkach nagłych Dyrektorowie Wojewódzkich Urzędów Zdrowia mają prawo wydawania koniecznych zarządzeń w zakresie lecznictwa Kas chorych, zawiadamiając o każdem takiem zarządzeniu jednocześnie i niezwłocznie Główny Urząd Ubezpieczeń, celem zatwierdzenia tego zarządzenia i zakomunikowania o tem we właściwej formie zainteresowanej Kasie chorych.

§ 6. Delegat Ministra Zdrowia Publicznego do Głównego Urzędu Ubezpieczeń (Departamentu Ubezpieczeń Społecznych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej) po uzyskaniu zgody Dyrektora głównego Urzędu Ubezpieczeń (Departamentu Ubezpieczeń Społecznych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej) może upoważnić Dyrektora Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia do poruczenia wykonywania czynności, wyszczególnionych w § 2. i 3. niniejszej instrukcji Wojewódzkim Inspektorom Lekarskim i Farmaceutycznym oraz lekarzom powiatowym, którzy wszystkie zarządzenia wykonywują w imieniu Głównego Urzędu Ubezpieczeń.

§ 6. Ze wszystkich czynności, dokonanych w imieniu i na polecenie Głównego Urzędu Ubezpieczeń (Departamentu Ubezpieczeń Społecznych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej) i Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń winny być nadsyłane sprawozdania do Głównego Urzędu Ubezpieczeń (Departamentu Ubezpieczeń Społecznych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej) na ręce Delegata Ministra Zdrowia Publicznego dla tego Urzędu.

Pierwszy Okręgowy Urząd Ubezpieczeń utworzono dla byłego zaboru pruskiego, a to rozporządzeniem Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 27. marca 1922 (Dz. Ust. N. 22. Poz. 194) a przepisy tego rozporządzenia rozciągnięto następnie i na inne Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń, przeto je tutaj podaję:

§ 2. Okręgowe urzędy ubezpieczeń podlegają bezpośredniemu nadzorowi Głównego Urzędu Ubezpieczeń. Do czasu utworzenia Głównego Urzędu Ubezpieczeń okręgowe urzędy podlegają bezpośredniemu nadzorowi Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

§ 3. Okręgowe urzędy ubezpieczeń składają się z dyrektora, odpowiedniej liczby urzędników, oraz z ławników, wybieranych przez instytucje ubezpieczeniowe.

§ 4. Liczbę, oraz sposób wyboru ławników do okręgowych urzędów ubezpieczeń określi Minister Pracy i Opieki Społecznej drogą osobnego rozporządzenia. Do czasu wydania tego rozporządzenia oraz przeprowadzenia wyborów Minister Pracy i Opieki Społecznej na wniosek dyrektora urzędu ubezpieczeń mianuje 10 ławników, z których połowa ma być z grona ubezpieczonych, połowa zaś z grona pracodawców.

§ 5. Orzecznictwo okręgowy urząd ubezpieczeń sprawować będzie przez kolegjum orzecznicze. Kolegjum orzecznicze składa się z 4 członków a to z dyrektora lub jego zastępcy, jako przewodniczącego, delegowanego urzędnika urzędu ubezpieczeń, oraz z 2 ławników, a to jednego z grona ubezpieczonych, jednego z grona pracodawców.

§ 6. Do zakresu działania okręgowych urzędów ubezpieczeń, jako władzy nadzorczej, należy: czuwanie nad przestrzeganiem przez Kasy chorych przepisów ustawy z dnia 19. maja 1920 o obowiązkowem ubezpieczaniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. N. 44, poz, 272), oraz statutów poszczególnych Kas chorych a w szczególności: 1. zezwalanie na mocy art. 1. wymienionej ustawy na utworzenie oddzielnej Kasy chorych w miastach, liczących ponad 50.000 ludności; 2. zezwalanie na mocy art. 21. na zmianę podziału na grupy zarobkowe oraz na rozszerzanie granic płacy ustawowej; 3. zezwalanie na mocy art. 23. ust. III. na udzielanie świadczeń w gotówce zamiast pomocy lekarskiej oraz określanie sposobu wykazywania stanu zdrowia w myśl tegoż artykułu; 4. zezwalanie na mocy art. 46. ust. III. i art. 59. na podniesienie składek; 5. ustalanie w myśl art. 19. ust. II. oraz art. 47. ust II. wartości wynagrodzenia w naturze na podstawie cen miejscowych; 6. zatwierdzanie na mocy art. 60. i art. 66. lit. c. statutów kas chorych oraz zmian tychże statutów; 7. zatwierdzanie na mocy art. 73. ust. II. dyrektora Kasy, oraz zatwierdzanie na mocy ust. VI. tegoż artykułu regu-

laminu dla chorych; 8. przyjmowanie do wiadomości w myśl art. 71. wyników wyborów do Władz Kasy; 9. zatwierdzanie na mocy art. 73. ust. IV. sprawozdań rocznych z działalności Kas i zamknięć rachunkowych; 10. rozstrzyganie zatargów pomiędzy władzami Kasy na mocy art. 82. ust. II., oraz art. 72. ust. III.; 11. przyjmowanie do wiadomości w myśl art. 82. ust. I. zażaleń komisji rewizyjnej i stawianie żądania zwołania posiedzenia rady na mocy tegoż postanowienia ustawy; 12. nakładanie kar za przekroczenie przepisów ustawy o zgłaszaniu na zasadzie art. 95.; 13. wzywanie władz kasy do pełnienia czynności oraz zwoływanie z własnej inicjatywy rad lub zarządów na posiedzenia nadzwyczajne, a także branie udziału w posiedzeniach władz kasy w wypadkach, uznanych za właściwe; zawieszanie w czynnościach władz kasy w razie stwierdzenia nadużyć i przestępstw, popełnionych przez te władze, oraz mianowanie komisarzy dla uporządkowania spraw Kasy oraz przeprowadzenia nowych wyborów; mianowanie tymczasowych władz kas, oraz rozstrzyganie skarg i protestów w myśl przepisów wyborczych, wydawanie przepisów lokalnych potrzebnych dla stosowania ustawy; współdziałanie przy organizowaniu kas, stawianie wniosków do Głównego Urzędu ubezpieczeń w sprawie mianowania komisarzy lub instruktorów, oraz tymczasowych władz kasy dla ich organizowania, bądź też mianowanie tych osób stosownie do poleceń Głównego Urzędu ubezpieczeń, a to na mocy postanowień art. 100. ust. a.; 14. wydawanie instrukcji niezbędnych przy stosowaniu ustawy, w szczególności instrukcji o prowadzeniu biurowości, statystyki i t. d. w ramach ogólnych przepisów, wydanych przez Główny Urząd ubezpieczeń; pociąganie na mocy tegoż postanowienia ustawy władz samorządowych do współdziałania przy wykonywaniu ustawy a to na mocy postanowień art. 100. lit. b.; 15. czuwanie na mocy art. 100. lit. c. nad wykonywaniem czynności kas w zakresie lecznictwa; 16. udzielanie informacji w sprawie ubezpieczenia na wypadek choroby; 17. tworzenie na zasadzie art. 84. ust. I. komisji pojednawczych.

§ 7. Do zakresu działania okręgowych urzędów ubezpieczeń, jako instacji orzekającej, należy rozstrzyganie rekursów, wniesionych przeciw orzeczeniom kas chorych, wydanym na mocy art. 76. ustawy z dnia 19. maja 1920.

§. 8. Minister Pracy i Opieki Społecznej osobnem rozporządzeniem wyda przepisy o postępowaniu przed okręgowemi urzędami ubezpieczeń.

§. 9. Rozporządzenie niniejsze obowiązuje z dniem ogłoszenia.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 6. grudnia 1922 (Dz. Ust. Nr. 116 Poz. 1059) ustanawia dalsze Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń, a mianowicie brzmi:

§. 1. Ustanawia się okręgowe urzędy ubezpieczeń:

1) z siedzibą w Warszawie dla obszaru m. st. Warszawy, województw: warszawskiego, łódzkiego, lubelskiego i białostockiego oraz Ziemi Wileńskiej;

2) z siedzibą w Krakowie dla obszaru województw: krakowskiego i kieleckiego oraz cieszyńskiej części województwa śląskiego;

3) z siedzibą we Lwowie dla obszaru województw: lwowskiego, stanisławowskiego i tarnopolskiego.

§. 2. Przepisy rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 27. marca 1922 r. w przedmiocie utworzenia i organizacji okręgowego urzędu ubezpieczeń dla b. zaboru pruskiego (Dz. U. R. P. N. 22. poz. 194) o składzie, organizacji i przedmiotowym zakresie działania okręgowego urzędu ubezpieczeń w Poznaniu stosują się również do okręgowych urzędów ubezpieczeń, wymienionych w §. 1. niniejszego rozporządzenia.

§. 3. Osobne rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej określi bliżej skład, organizację i kompetencję okręgowych urzędów ubezpieczeń, a także postępowanie przed temi urzędami.

§. 4. Rozporządzenie niniejsze obowiązuje z dniem ogłoszenia.

Okręgowy Urząd Ubezpieczeń we Lwowie zorganizowano już i rozpoczął on czynności od 1. kwietnia b. r.

W skład tego Urzędu wchodzi, jako Delegat Ministra Zdrowia Dyrektor Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia we Lwowie, który jednak na razie uznał się za kompetentnego jedynie na obszarze Województwa lwowskiego i wystąpił z wnioskiem do Ministerstwa Zdrowia o powołanie jako Delegatów do Urzędu wspomnianego także Dyrektorów Wojewódzkich Urzędów Zdrowia w Tarnopolu i Stanisławowie, Delegat bowiem lwowski nie mógłby wydawać poleceń służbowych Lekarzom powiatowym w innych Województwach. Już w samym początku współdziałania Dyrektora Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia z Okręgowym Urzędem Ubezpieczeń okazało się, że administracja sanitarna wkracza tu w nowy, rozległy zakres działania i że wskutek tego przypadnie jej ważna rola w nadzorze nad lecznictwem Kas chorych. Zarazem już teraz wyłoniła się konieczność zetknięcia służbowego z Inspektoratem Pracy w celu skutecznego nadzoru nad zapobieganiem uszkodzeniom przy pracy i chorobom zawodowym.

Z Akademji nauk lekarskich.

Nagrody konkursowe Akademji otrzymali:

1. Prof. dr. Rudolf W e i g l za całość prac nad Rickettsia Prowazeki nagrodę w kwocie 100.000 m. p.

2. Dr. H. S p a r r o w za pracę p. t. »Badania doświadczalne nad durem plamistym« nagrodę w kwocie 50.000 m. p.

3. Dr. Zdzisław M i c h a l s k i i dr. Janina D ą b r o w s k a nagrody po 50.000 m. p. za wspólną pracę pt. »Pewne sprawy patologiczne w oświetleniu fizyko-chemicznem (badania nad przemianą cholesteryny w ustroju i nad miażdżycą)«.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Zarząd Biblioteki Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego składa podziękowanie WPanu Drowi Stefanowi S t e r l i n g - O k u n i e w s k i e m u z Warszawy za książki ofiarowane Bibljotece.

Lwów.

L w o w s k i e T - w o l e k a r s k i e. XVI. Posiedzenie naukowe odbędzie się dn. 18 maja b. r. o godz. 6 popol. w Poliklinice przy ul. Lindego według następującego porządku: a) Pokazy. b) Kol. S e i d l e r: O znieczuleniu w położnictwie i ginekologji. (Wykład). *I. Zieliński* prezes. *B. Janusz* sekretarz.

W a l n e Z g r o m a d z e n i e g a l i c y j s k i e j K a s y d l a c h o r y c h l e k a r z y we Lwowie odbędzie się dnia 26. maja 1923 o godzinie 6. wieczorem we Lwowie w lokalu polikliniki powszechnej (ul. Lindego 5.). Porządek dzienny: 1. Sprawozdanie z ubiegłego roku, sekretarz Dr. Lilien. 2. Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr. Świątkiewicz. 3. Sprawozdanie Komisji kontrolującej. 4. Ewentualne wnioski członków. W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie 6½ wieczorem bez względu na ilość obecnych. *Dr. Papée* przewodniczący, *Dr. Lilien* sekretarz.

I. P o l s k i Z j a z d l e k a r z y - d e n t y s t ó w ma się odbyć we Lwowie dnia 21—25 lipca 1923. W skład ogólnego Komitetu zjazdowego weszli: Dr. H. Allerhand (Lwów), Dr. T. Bohosiewicz (Lwów), St. Blikle (Warszawa), prof. dr. A. Cieszyński (Lwów), W. T. Koniuszewski (Chicago U. S. A.), dr. T. Laskowski (Genewa), prof. dr. W. Łepkowski (Kraków), dr. A. Meissner (Warszawa), A. Perliński (Poznań), J. Przybylski (Warszawa), J. Świtała (Bydgoszcz), prof. dr. H. Wilga (Warszawa), W. Zawidzki (Warszawa), doc. dr. J. Zilz (Wiedeń).

Członkowie Og. Komitetu tworzą komitety miejscowe. Z Zjazdem połączone będzie urządzenie Wystawy naukowej i przemysłowej z dziedziny stomatologji.

Warszawa.

W y k ł a d y i z a j ę c i a d l a l e k a r z y z z a k r e s u c h o r ó b s e r c a i n e r e k z demonstracjami chorych, z pokazami zdjęć elektrokardjograficznych, z badaniem moczu oraz krwi na chlorki oraz azot niebiałkowy etc. odbędą się w II. Klinice chorób wewnętrznych Uniw. warszawskiego w dniach między 15 a 26 czerwca b. r. Wykłady będą prowadzone przez prof. Rzętkowskiego i asystentów Kliniki Docenta Semerau-Siemianowskiego i Dr. Landsberga. Zapisy należy skierować wprost do Kliniki (Warszawa, Elektoralna 12, Szpit. Św. Ducha). Wykłady będą rozpoczęte, gdy zapisze się na nie najmniej 10-iu uczestników. Godziny i szczegółowy plan wykładów zostaną ustalone w d. 15 czerwca.

Sprostowanie. W pracy Dra Blassberga »Zmiany poglądów na cukrzycę« w Nrze 17-tym, szpalcie 1-szej wiersz 21. od dołu powinno być »B o u c h a r d a t a« zamiast »Boucharda«.

Redakcja otrzymała: F. G r ö e r i A. F. H e c h t. Pharmakodynamische Untersuchungen an der lebenden Haut. I. Methodische Grundlagen und Ziele der pharmakodynamischen Hautreaktionen am Menschen. Odb. z Zeitschr. f. d. ges. exper. Med. T. XXXIII. Z. 1/2 1923. — F. G r ö e r, W. S t ü t z i J. T o m a s z e w s k i. Pharmakodynamische Untersuchungen an der lebenden Haut. III. Die cutane Pigmentreaktion, zugleich ein Beitrag zur Lehre der Hautpigmentbildung. Odb. z Zeitschr. f. d. ges. exper. Med. T. XXXIII. Z. 1/2 1923. — F. G r ö e r. Funktionelle Untersuchungen über Entzündung. Odb. z Monatsschr. f. Kdhkde. T. XXIV. Z. 4/5. 1923. — Ueber die Wirkung des Diphtherietoxins im Organismus des Neugeborenen. Odb. z Monatsschr. f. Kdhkde. T. XXIV. Z. 4/5 1923. — J. H e s c h e l e s. Klinische Untersuchungen über Hautreaktionen nach Insektenstichen. I. Die Klinik des Flohstiches. Zeitschr. f. Kdhkde T. XXXIV. Z. 1/4 1922. — Dr. J. M. D o b r o w o l s k i. Uprawa roślin lekarskich (wyd. z zapomogi kasy J. Mianowskiego).